

**Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze
Katedra psychologie**



Sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerů

Rigorózní práce

Sexual life of people with Parkinson's disease and their partners

Rigorous thesis

Autor práce: Mgr. Petra Kotková

Konzultant práce: Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

Mgr. Petra Kotková

V Mladé Boleslavi, dne 16. 2. 2008

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala především konzultantovi rigorózní práce Prof. PhDr. Petru Weissovi, Ph.D. za cenné podněty a připomínky, dále as. MUDr. Ireně Rektorové, Ph.D. a prof. MUDr. Evženu Růžičkovi, DrSc. za odborné neurologické konzultace, MUDr. Mgr. Radvanu Bahbouhovi, Ph.D. za konzultaci statistických metod zpracování dat a všem respondentům s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerům, kteří mi věnovali svůj čas.

Abstrakt

Rigorózní práce se věnuje sexuálnímu životu osob s Parkinsonovou nemocí (PN) a jejich partnerů. Teoretická část obsahuje základní informace o PN a výsledky výzkumů sexuality osob s tímto onemocněním a jejich partnerů se zaměřením na faktory, které ji ovlivňují. Empirická část je tvořena výzkumným projektem realizovaným na souboru 103 osob s PN a 84 partnerů a partnerek nemocných. Za účelem zmapování specifik sexuálního života těchto osob byly vytvořeny dotazníkové baterie (zvláště pro nemocné muže, ženy, partnerky a partnery), obsahující dotazník sociodemografických charakteristik, psychologické (BDI-II, STAI) a sexuologické dotazníky (GRISS, FSFI, SFŽ3, SFM, IIEF). Získaná data byla statisticky zpracována pomocí programu SPSS. Výsledky sexuologických dotazníků poukazují na snížení sexuálních funkcí a přítomnost sexuálních dysfunkcí v souvislosti s onemocněním PN. S pomocí regresních modelů bylo zjištěno, že u mužů s tímto onemocněním má největší vliv na jejich sexuální život faktor deprese a subjektivní skóre onemocnění, u žen faktory deprese a úzkost. V souboru partnerů nemocných žen nebyla zjištěna výraznější sexuální deteriorace. Soubor partnerek nemocných mužů vykazuje naopak značné narušení sexuálních funkcí a vysokou míru sexuální nespokojenosti, která signifikantně koreluje s depresivitou. Klíčová slova: Parkinsonova nemoc, sexuální funkce, sexuální spokojenost.

Abstrakt

The rigorous thesis deal with the topic of sexual life of people suffering from the Parkinson's disease (PD) and their partners. The theoretical part contains basic information about PD and the results of researches on sexuality of people with this illness and their partners, focusing on the agents that influence PD. The empirical part comprises of a research project implemented on a set of 103 people with PD and 84 partners of the people with PD. In order to describe the specifics of the patients' and partners sexual lives, four sets of questions were designed (separate for men and women), containing a questionnaire on sociodemographic features, psychological (BDI-II, STAI) and sexuological questionnaires. The acquired data was statistically elaborated by means of the programme SPSS. Results of the sexuological questionnaires (GRISS, FSFI, SF36, SFM, IIEF) show a decrease in sexual functions and a presence of sexual dysfunctions connected with PD. With the help of regressive models, it was elicited that in case of men with this illness, the most influential agent on their sexual life is depression and subjectively scoring the illness, in case of women the agent of depression and anxiety. In the sampling of partners of women with PD there was no deterioration of the sexual functions. In the sampling of partners of men with PD the results show a decrease in sexual functions and sexual dissatisfaction. There is also significant correlation between sexual dissatisfaction and depression.

Key words: Parkinson's disease, sexual function, sexual satisfaction.

Abstrakt

Die Diplomarbeit widmet sich dem sexuellen Leben der Personen mit Morbus Parkinson (weiter MP) und ihrer Partnern. Der theoretische Teil enthält elementare Informationen über MP und Ergebnisse der sexuellen Forschung bei Personen mit dieser Erkrankung und ihrer Partnern mit Einstellung auf Faktoren, welche sie beeinflussen. Den empirischen Teil der Arbeit bildet ein Forschungsprojekt, das im Kollektiv von 103 Personen mit MP und 84 Partnern realisiert wurde. Um die Spezifikation des sexuellen Lebens der Patienten festsetzen, wurden zwei Fragebogen-Batterien gebildet (gesondert für Männer und Frauen), ein Fragebogen für sociodemographische Charakteristik, psychologische (BDI-II, STAI) und sexuologische Fragebogen enthaltend (GRISS, FSFI, SFŽ3, SFM, IIEF). Die erworbenen Daten wurden mit Beihilfe des Programms SPSS verarbeitet. Die Resultate der sexuologischen Fragebogen weisen auf eine Herabsetzung der sexuellen Funktionen und Anwesenheit sexueller Dysfunktionen im Zusammenhang mit MP hin. Mit Beihilfe regresiver Modelle wurde festgestellt, dass bei Männern mit dieser Erkrankung auf ihr sexuelles Leben den grössten Einfluss Depression und subjektives Skore der Erkrankung haben, bei den Frauen der Faktor der Depression und der Angst. Bei den Partnern wurde keine sexuelle Störung festgestellt. Bei der Partnerinnen weisen die Resultate auf eine Herabsetzung der sexuellen Funktionen und sexuelle Unzufriedenheit hin. Diese Unzufriedenheit korreliert mit Depression.

Die Schlüsselwörter: Morbus Parkinson, sexuelle Funktion, sexuelle Zufriedenheit.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod..... | 1 |
| 1. Parkinsonova nemoc..... | 3 |
| 1.1. Základní informace (anatomie, etiopatogeneze, prevalence, průběh)..... | 3 |
| 1.2. Klinický obraz Parkinsonovy nemoci..... | 6 |
| 1.2.1. Motorické symptomy..... | 6 |
| 1.2.2. Nonmotorické symptomy..... | 7 |
| 1.3. Vyšetřovací schémata a škály hodnotící tíži onemocnění..... | 12 |
| 1.4. Léčba Parkinsonovy nemoci..... | 13 |
| 1.4.1. Farmakologická léčba..... | 13 |
| 1.4.2. Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci..... | 15 |
| 1.4.3. Rehabilitační léčba..... | 16 |
| 2. Sexualita a Parkinsonova nemoc..... | 17 |
| 2.1. Sexuální život ve stáří..... | 17 |
| 2.2. Sexuální život a chronické onemocnění..... | 20 |
| 2.3. Výzkumy sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí..... | 23 |
| 2.4. Faktory ovlivňující sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí..... | 36 |
| 2.4.1. Biologické faktory..... | 36 |
| 2.4.2. Psychologické faktory..... | 38 |
| 2.4.3. Sociální faktory..... | 40 |
| 2.5. Nejčastější sexuální dysfunkce u Parkinsonovy nemoci | 41 |
| 2.6. Léčba sexuálních dysfunkcí u Parkinsonovy nemoci..... | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 2. 7. Sexuální život partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí..... | 47 |
| 3. Empirická část..... | 51 |
| 3.1. Cíle výzkumu..... | 51 |
| 3.2. Charakteristika souboru..... | 52 |
| 3.3. Metodika..... | 57 |
| 3.3.1. Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II)..... | 58 |
| 3.3.2. Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti..... | 59 |
| 3.3.3. Dotazník sexuální spokojenosti GRISS..... | 59 |
| 3.3.4. SFŽ 3 a SFM..... | 60 |
| 3.3.5. FSFI..... | 61 |
| 3.3.6. IIEF..... | 62 |
| 3.3.7. Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN..... | 63 |
| 3.4. Výsledky..... | 64 |
| 3.4.1. Základní zpracování BDI-II..... | 64 |
| 3.4.2. Základní zpracování STAI X-1 a STAI X-2..... | 65 |
| 3.4.3. Základní zpracování GRISS..... | 66 |
| 3.4.4. Základní zpracování SFŽ 3..... | 71 |
| 3.4.5. Základní zpracování SFM..... | 74 |
| 3.4.6. Základní zpracování FSFI..... | 79 |
| 3.4.7. Základní zpracování IIEF..... | 92 |
| 3.4.8. Základní zpracování Dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN..... (verze pro ženy) | 104 |
| 3.4.9. Základní zpracování Dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN..... (verze pro muže) | 109 |
| 3. 5. Statistická analýza dat..... | 114 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------|------------|
| 4. | Diskuze..... | 127 |
| 5. | Závěr..... | 136 |
| 6. | Seznam použité literatury..... | 139 |
| 7. | Přílohy..... | 151 |

Úvod

Parkinsonovou nemocí trpí celosvětově přibližně 1, 5 milionu osob a incidence tohoto onemocnění neustále narůstá. V poslední době je věnována zvýšená pozornost kvalitě života osob s chronickým onemocněním a jejich blízkých, k níž sexualita nepochybně přispívá.

Parkinsonova nemoc je závažné chronické onemocnění, jehož symptomy i léčba mají na sexuální život nemocných podstatný vliv. Navzdory této skutečnosti byla dosud uvedenému tématu věnována velmi malá pozornost, což dobře ilustrují například výzkumně zjištěné údaje o tom, že velká většina nemocných nikdy nehovořila s lékařem o svém sexuálním životě, a lze to rovněž doložit celosvětově velmi nízkým počtem publikací, které se tomuto tématu věnují.

Srovnání výsledků několika výzkumů sexuálního života osob s diagnózou Parkinsonovy nemoci, které byly v zahraničí realizovány, svědčí mnohdy o značné odlišnosti závěrů a na podílu jednotlivých faktorů dosud neexistuje konsenzus.

Hlavním cílem rigorózní práce je proto výzkum charakteristik sexuálních aktivit a statistická analýza závislosti vybraných faktorů (věk, délka trvání onemocnění, subjektivní skóre tíže onemocnění, deprese, úzkost) a sexuální spokojenosti nemocných (měřené dotazníkem GRISS). Dále se práce zaměřuje na sexuální funkce a sexuální spokojenost partnerek a partnerů osob s tímto onemocněním.

Teoretická část práce obsahuje základní informace o Parkinsonově nemoci, o sexualitě starších osob, sexualitě chronicky nemocných, dosud provedených výzkumech sexuálního života osob s tímto onemocněním, faktorech podmiňujících sexualitu osob s Parkinsonovou nemocí (které jsou pro účely této rigorózní práce především z didaktických důvodů zasazeny do bio-psycho-sociálního rámce s akcentem na proměnné psychologického charakteru), sexualitu partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí.

V empirické části práce jsou vymezeny cíle výzkumu, podrobně popsány charakteristiky souborů a použitá metodika. Pro účely tohoto výzkumného projektu byly vytvořeny čtyři dotazníkové baterie (pro nemocné muže, ženy, partnerky, partnery).

Každá dotazníková baterie obsahuje dotazník sociodemografických charakteristik, psychologické a sexuologické dotazníky. Ve výsledcích výzkumu jsou uvedeny získané údaje a jejich vyhodnocení s využitím metod statistické analýzy. Přehlednosti napomáhají použité tabulky a grafy.

Diskuze zahrnuje kritické vyjádření k celkové problematice a výsledkům, získaným výše nastíněným výzkumem. Důraz je kladen na shody a rozdíly získané srovnáním těchto výsledků se závěry podobných publikovaných výzkumů.

Závěr shrnuje dosažené výsledky a poukazuje na možnost praktického využití získaných poznatků i na potřebu realizace dalších výzkumů prezentované problematiky.

1. Parkinsonova nemoc

1.1. Základní informace (anatomie, etiopatogeneze, prevalence, průběh)

Parkinsonova nemoc je chronické neurodegenerativní onemocnění neuronů extrapyramidového systému s progresivním průběhem, které nelze vyléčit, lze je však léčit a potlačit, nebo alespoň omezit příznaky nemoci.

Nemoc byla poprvé uceleně popsána v roce 1817 Jamesem Parkinsonem v knize „An Essay on the Shaking Palsy.“ Avšak již některé Galenovy zprávy, zápisky Leonarda da Vinci a dokonce údaje ve staroindických eposech popisují hybné projevy nemocných osob, které se podobají poruše hybnosti při Parkinsonově nemoci (Roth et al., 2005).

Anatomicko-fyziologickým podkladem Parkinsonovy nemoci je degenerace neuronů substantia nigra, kdy conditio sine qua non je deficiencie dopaminu ve striatu, vedoucí k poruše funkce zpětnovazebních okruhů zvaných extrapyramidový systém (Berger et al., 2000).

Parkinsonova nemoc patří spolu s parkinsonskými syndromy do skupiny hypokineticko-hypertonických onemocnění extrapyramidového systému (Rektor, Rektorová, 1999).

Etiologie Parkinsonovy nemoci není v současné době známa, avšak existují čtyři základní představy o její etiopatogenezi: hypotéza endotoxinová, exotoxická, genetická a hypotéza týkající se apoptózy.

Lze předpokládat, že Parkinsonova nemoc nemusí být etiologicky jednotná klinická entita a že různé mechanismy mohou vést k uniformnímu projevu nemoci (Berger et al., 2000).

Endotoxinová hypotéza předpokládá oxidativní stres ve striatogonálním komplexu, který zapříčiňuje buněčnou smrt. Příčina oxidativního stresu může být způsobena nedostatkem detoxikačních mechanismů či primární nadprodukcí volných radikálů kyslíku.

Hypotéza exotoxická popisuje průnik exotoxinů do mozku přes fyziologické detoxikační mechanismy a narušení funkce zdravých mitochondrií.

Pokud je však exotoxin ubikvitní, nelze pomocí této hypotézy vysvětlit, proč pouze někteří lidé onemocní Parkinsonovou nemocí. Exotoxin by se musel vyskytovat pouze za určitých okolností a tomu neodpovídají výsledky epidemiologických studií.

Další možností je přechod exotoxinů do mozku přes porušené detoxikační mechanismy či působení exotoxinů na poškozené mitochondrie. Záleží samozřejmě na míře toxicity a dávce toxinu (Růžička et al., 2000).

Skutečnost, že až 20 % parkinsoniků má stejnou rodinnou zátěž, kdy dědičnost odpovídá někdy dominantnímu, jindy recesivnímu typu dědičnosti, vedla k úvahám o možném genetickém podílu v etiologii Parkinsonovy nemoci. Dnes je již známo, že příčina Parkinsonovy nemoci je v některých případech hlavně genetická s autozomálně dominantní dědičností, většinou je však nezbytný faktor prostředí (Berger et al., 2000).

Poslední z hypotéz se týká apoptózy, tj. programované buněčné smrti definované fyziologickou smrtí buňky podle určitých histopatologických kritérií. Vzhledem k tomu, že u některých buněk v pars compacta substantiae nigrae dochází u Parkinsonovy nemoci k vývoji apoptických změn a lze zde detekovat apoptické děje, je v současnosti apoptóza u této nemoci intenzivně zkoumána (Růžička et al., 2000).

Prevalence Parkinsonovy nemoci se pohybuje mezi 84-137 postiženými na 100 000 obyvatel. Sleduje-li se prevalence pouze u osob starších 60 let, nachází se až v cca 1 %. Incidence Parkinsonovy nemoci je 5-24 na 100 000 obyvatel.

Podrobné epidemiologické studie se prováděly až ve druhé polovině dvacátého století a za tu dobu nebyly prokázány žádné vzestupné ani sestupné trendy v prevalenci, ačkoli v posledních letech se objevilo několik studií prokazujících poněkud vyšší výskyt než v minulých desetiletích. Výsledky však mohou být ovlivněny přesností určení správné diagnózy a její časnost, v úvahu je rovněž nutno brát závislost prevalence na incidenci a době přežití pacientů (Růžička et al., 2000).

Rozdíl ve výskytu Parkinsonovy nemoci mezi ženami a muži je mizivý, nicméně se jeví lehká převaha postižení u mužů. Nebyl pozorován žádný rozdíl ve výskytu nemoci podle těchto parametrů: společenská vrstva, vzdělání, strava, zaměstnání, kontakt se zvířaty, očkování, životní standard, příjem alkoholu (Rektor, Rektorová, 1999).

Jiné studie však udávají zvyšující se riziko onemocnění Parkinsonovou nemocí u osob, které méně kouřily a pily alkohol, měly méně zájmů a fyzické aktivity (Nagatsu et al., 1991).

Průměrný věk počátku Parkinsonovy nemoci je obvykle udáván mezi 58- 62 roky. Je patrná stoupající četnost výskytu se zvyšujícím se věkem až do 75 let věku, dále již tento trend není patrný. Přibližně 10 % pacientů onemocní před čtyřicátým rokem věku (tzv. young onset typ). Mortalita pacientů se udává od 0,5 do 3,8 případů na 100 000 obyvatel (Růžička et al., 2000).

Průběh Parkinsonovy nemoci můžeme rozdělit do několika stadií. Prvé je tzv. presymptomatické období, kdy je degenerativním procesem snížen počet dopaminergních neuronů a klesá obsah dopaminu ve striatu až po kritickou mez 40-20 % normálního množství. Toto období trvá 4-6 let a zahrnuje obvykle tyto prodromální projevy: depresi, kloubní a svalové bolesti, parestezie, autonomní poruchy, poruchy čichu apod.

V počátečním stadiu Parkinsonovy nemoci jsou již přítomny typické symptomy, které vytvářejí klasický obraz časně nemoci. Jedná se především o hypokinézu, rigiditu, tremor a hypomimii. Počáteční příznaky jsou ve většině případů vyjádřeny jednostranně.

V průměru po pěti letech se u většiny nemocných zhorší odpověď na léčbu a začnou se objevovat pozdní komplikace, které odrážejí jak progresi základního chorobného procesu, tak vliv dlouhodobého podávání L-DOPA. Progrese onemocnění v té době již zpravidla vede k porušení posturálních reflexů, zhoršení stability stoje a podstatnější poruše chůze (Růžička, Roth, 1998).

Poslední stadium onemocnění je u části nemocných poznamenáno rozvojem psychiatrických komplikací, dyskinezemi a fluktuací symptomatiky (tzv. „on/off“ oscilacemi) (Leonhard et al., 1992).

Všechny výše zmíněné symptomy budou podrobněji probrány v následující kapitole.

1.2. Klinický obraz Parkinsonovy nemoci

1.2.1. Motorické symptomy

Kardiální motorická trias je představována hypokinezí, třesem a rigiditou, které jsou často vyjádřeny již od časného stadia onemocnění.

Hypokineze omezuje pacienta ze všech příznaků nejvýrazněji. Základními rysy hypokineze jsou zmenšení rozsahu a amplitudy pohybů, jejich celková chudost, zpomalený průběh pohybů (bradykineze) a jejich ztížený start (akineze).

Zmenšení písma (mikrografie), změna výrazu obličeje (hypomimie, maskovitá tvář), snížený souhyb horní končetiny při chůzi či monotonní nemelodická řeč (aprosodie) mohou být počátečními hypokinetickými projevy. Výraznější hypofonie a hypokinetická dysartrie tvoří spolu s tachyfémií (zrychlením artikulace) a palilalií (nutkavým opakováním poslední slabiky nebo slova) poruchu řeči typickou pro pokročilá stadia Parkinsonovy nemoci. Za formu hypokineze nebo za samostatný příznak jsou pokládány náhlé zárazy v pohybech - akinetický „freezing“ (Růžička et al., 2000).

Třes bývá klasickým příznakem Parkinsonovy nemoci a mezi neodborníky je snad nejznámější obtíž. Třes typický pro Parkinsonovu nemoc má několik základních vlastností:

1. Objevuje se především na končetinách, hlava je třesem postižena velmi vzácně. Může však být přítomen třes brady.
2. Začíná obvykle na prstech horních končetin a je asymetrický. Vývojem onemocnění se třes postupně rozšíří na stejnostrannou dolní končetinu a poté přechází na druhou stranu těla.
3. Frekvence třesu je obvykle pomalá, asi 4-6 kmitů za sekundu.
4. Třes je převážně klidového charakteru.
5. Radostí, strachem, úzkostí se obvykle třes zvýrazňuje, naopak ve spánku mizí a duševním uvolněním se poněkud snižuje.

Ačkoli je třes u Parkinsonovy nemoci nejvíce patrný v klidu a pohybu rukou obvykle příliš nebrání, bývá velmi obtížně snášen a jeho viditelnost je příčinou mnoha sociálních zábran pacientů (Roth et al., 2005).

Rigidita se projevuje zvýšením klidového napětí a ztuhlostí svalů, které kladou odpor při aktivním i pasivním pohybu příslušného segmentu (tzv. fenomén olověné trubky).

Hmatatelné zárazy v průběhu pasivního pohybu působené náskoky svalů, které opakovaně fixují tělesný segment, jsou známy jako fenomén ozubeného kola. Rigidita se zvyrazňuje pohybem druhostranné končetiny (Fromentův manévr) (Růžička et al., 2000).

Posturální poruchy jsou také nedílnou součástí motorických projevů Parkinsonovy nemoci a patří k příznakům velmi komplikujícím život pacientů. Charakteristické je především sehnuté držení trupu, šlje a pokrčení končetin.

U pacientů s pokročilejší nemocí je typická chůze o drobných, šouravých krůčcích s nejistými, pomalými otočkami, kdy může docházet i k poruše rovnováhy (Roth et al., 2005).

1.2.2. Nonmotorické symptomy

Nonmotorické symptomy Parkinsonovy nemoci je možno rozdělit do tří hlavních skupin: vegetativní potíže, psychické symptomy, senzorické a senzitivní symptomy.

Mezi vegetativní obtíže patří především (Rektor, Rektorová, 1999): hypersalivace a zvýšené pocení, poruchy termoregulace, seborrhoea, obstipace, mikční obtíže, ortostatická hypotenze, sexuální dysfunkce. Na vegetativní dysfunkce u Parkinsonovy nemoci upozorňuje Hobson et al. (2003), jehož studie se zabývala především mikčními obtížemi v souvislosti s dysfunkcí močového měchýře.

K psychickým symptomům Parkinsonovy nemoci náleží anxieta, panické ataky, deprese, poruchy spánku, demence, halucinace a konfúzní stavy (deliria) (Rektor, Rektorová, 1999).

V tabulce č.1 jsou uvedeny psychické projevy a jejich výskyt u Parkinsonovy nemoci (Růžička et al., 2000).

Tabulka č. 1- Psychické projevy a komplikace Parkinsonovy nemoci

| Typ poruchy | Výskyt |
|--|------------------------------------|
| premorbidní osobnost | sporný |
| deprese a úzkost | až 50 % nemocných |
| exekutivní dysfunkce a další kognitivní deficity | 30-60 % nemocných |
| bradyfrenie | sporný |
| demence | až 20 % nemocných |
| zmatenost | u dementních, vlivy léčby |
| halucinace až psychóza | vlivy léčby, převážně u dementních |
| delirium | vlivy léčby, převážně u dementních |

Macht et al. (2005) zjistil dále na vzorku 3075 pacientů zhoršování symptomatiky Parkinsonovy nemoci během psychické zátěže (68 %), spánkové obtíže (32 %) a komunikační problémy (27 %).

Nyní blíže k nejčastějším psychickým projevům. Anxieta je průvodním jevem každého závažného onemocnění, avšak u Parkinsonovy nemoci k ní přispívá ještě katecholaminergní dysbalance v rámci základního chorobného mechanismu. Vyskytuje se přibližně u 40 % pacientů. Do jejího obrazu patří i agitovanost, která se objevuje buďto spontánně a dobře reaguje na běžná anxiolytika, nebo může být navozena antiparkinsonskou medikací. Je podobně jako deprese považována za příznak reaktivní, nebo může být součástí vlastního onemocnění (Rektor, Rektorová, 1999).

Anxieta obvykle doprovází depresi. Až 75 % pacientů s depresí trpí zároveň úzkostnou poruchou. Z úzkostných poruch se u pacientů nejčastěji vyskytují generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, sociální fobie a obsedantně-kompulzivní porucha (Pahwa et al., 2004).

Zajímavým se v této souvislosti jeví například výzkum Alegreta et al. (2001), který prokázal zvýšené množství obsedantních symptomů u pacientů v pokročilém stadiu onemocnění, což bylo přisouzeno změnám na úrovni bazálních ganglií, která jsou s obsedantními symptomy spojovány.

U nemocných se nejčastěji setkáváme s úzkostí v podobě permanentního anxiózního ladění a nozofobických obav. V některých případech s těžkými fluktuacemi hybnosti se v hypodopaminergních stavech „off“ objevuje akutní epizodická úzkost, která ustupuje se zlepšením hybnosti po dávce léků. Akutní úzkost provázená motorickým neklidem (akatzie) může nabýt až charakteru panické ataky. Tyto stavy zřejmě souvisejí s přechodným nedostatkem dopaminu a dalších neuromediátorů v mozku nemocných (Růžička et al., 2000).

Deprese se vyskytuje u 20-60 % pacientů s Parkinsonovou nemocí, údaje v literatuře se značně liší. Uvádí se, že téměř každý pacient prožije za život alespoň jednu depresivní ataku.

Deprese bývá často poddiagnostikována-zvýšená pasivita, ztráta zájmů, libida, chuti k jídlu jsou spolu s hypomimií, monotónní řečí a celkovou zpomaleností považovány za projev vlastního onemocnění. Zatímco ztráta zájmu a afektivní inerce s neschopností pociťovat smutek a radost reagují často dobře na dopaminergní terapii, zvýšená iritabilita, emoční labilita, pocity trýznivého smutku, pocit viny a poruchy spánku nejsou samotnou antiparkinsonskou medikací ovlivnitelné.

Můžeme rozlišit dva typické vzorce deprese, které se objevují u Parkinsonovy nemoci. Pro první z nich jsou charakteristické opakované epizody deprese během dne, které korelují s periodami, kdy je pacient ve stavu „off.“ Druhým vzorcem deprese je deprese agitovaná s komponentami paniky. Tato forma deprese může rovněž během dne fluktuovat (Nutt et al., 1992).

Většina studií zjistila, že pacienti s Parkinsonovou nemocí trpí depresí častěji než ostatní pacienti s odpovídajícím funkčním deficitem. Deprese u nich ve 12-27 % předchází motorické symptomy (Rektorová, 2005).

Rickards (2005) uvádí procentuální výskyt deprese ve vztahu k hybnému postižení vyjádřenému pomocí Hoehn-Yahr skóre: v prvním a druhém stadiu 30 %, ve druhém a třetím stadiu 35 %, ve čtvrtém a pátém stadiu 50 %.

Nejčastěji se lze u pacientů setkat s depresí v rámci dystymie a s tzv. velkou depresí, která bývá provázena narušenou koncentrací, nepozorností, dezorientací a ztrátou paměti. Zatímco deprese jako součást dystymie se většinou vyvíjí po delší dobu, tzv. velká deprese reprezentuje alteraci nálady a afektivní složky osobnosti s typickým vzorcem symptomů, které se objevují náhle (Hassler, Christ, 1984).

K rizikovým faktorům patří výskyt deprese před počátkem onemocnění, dominance rigidity a akineze, ženy a mladí pacienti jsou postiženi častěji. Léčba opět závisí na tom, zda se příznaky deprese projevují pouze v „off“ stavu - zde se léčí fluktuace, nebo kontinuálně - zde se zahajuje psychoterapie a jsou podávána antidepressiva (Rektor, Rektorová, 1999).

McDonald et al. (2003) upozorňují na to, že deprese u Parkinsonovy nemoci nevzniká pouze na základě psychosociálního stresu a není tedy pouze depresí reaktivní, ale je také výsledkem neurodegenerativních procesů (multitransferová dysbalance: serotonin, noradrenalin, dopamin, acetylcholin).

Deprese u Parkinsonovy nemoci má několik odlišností oproti depresi u osob bez tohoto onemocnění. Pacienti dosahují vyššího skóre na škálách mapujících úzkost, iritabilitu, suicidální úvahy a prožitky smutku. Méně se setkáváme v klinickém obraze s typickými pocity viny a méněcennosti, výjimečně s psychotickými příznaky spojenými s těžkou depresí. Nemocní se také méně často uchylují k sebevražednému jednání. Obraz bipolární afektivní poruchy je u nich vzácný.

V klinické praxi jsou ke zjišťování přítomných příznaků deprese a k monitorování průběhu léčby často užívány posuzovací škály. U dospělých se doporučuje Beckova sebeposuzovací stupnice deprese, Zungova posuzovací stupnice, Hamiltonovy stupnice či Stupnice Montgomeryho a Asbergové (Růžička et al., 2004).

Demence se objevuje u 10-20 % pacientů. V jejím výskytu má svou úlohu věk, zejména pak věk na začátku onemocnění. Parkinsonova nemoc s časným začátkem (do 40 let věku) je podstatně méně provázena demencí než nemoc pozdního začátku (po 60. roce věku), a to i při porovnání nemocných přibližně stejného stáří v době vyšetření.

Výskyt demence se zvyšuje s tíží motorického postižení a s jeho typem: akineticko-rigidní forma onemocnění je provázena demencí častěji než tremor-dominantní typ.

Pokles výkonnostního skóru v psychometrických škálách je obvykle výraznější než pokles verbálního skóru. Charakteristicky bývají postiženy exekutivní funkce, poměrně málo bývá postižena paměť. Hovoříme proto o demenci frontálního typu či o subkortikální demenci (Růžička et al., 2000).

Demence u Parkinsonovy nemoci může být chápána jako součet jednotlivých „izolovaných“ deficitů, které v určité fázi překročí hranice diagnostických kritérií demence. K těm patří poruchy řeči (viz výše), poruchy zrakoprostorových funkcí, poruchy paměti, exekutivní dysfunkce.

Dalším z psychických projevů při Parkinsonově nemoci je bradyfrenie, která je duševní obdobou hybného zpomalení. Skládá se z příznaků, jako je apatie, zpomalené využití dříve získaných znalostí (psychická akineze) a poruchy pozornosti. Pojem však dosud nemá jednoznačné vymezení a může být chápán různými způsoby (Růžička et al., 2000).

Poruchy spánku jsou, jak již bylo uvedeno, časté. Obtížné usínání a noční buzení mohou souviset s depresí či anxiétou. Běžné typy spánkových obtíží zahrnují přerušovaný spánek, excesivní denní spavost, syndrom neklidných nohou, poruchy chování v REM fázi, mluvení a chůzi během spánku, noční můry, děsy a panické ataky. Příčina některých těchto poruch je spatřována v antiparkinsonské medikaci (Thorpy, 2004).

Chaudri et al. (2002) vytvořil speciální škálu pro měření poruch spánku u Parkinsonovy nemoci s názvem PDSS. Referuje o jejích dobrých psychometrických vlastnostech a o srovnání skóre skupiny nemocných s kontrolní skupinou zdravých osob.

Specifické parkinsonské poruchy spánku jsou: noční „off“ stavy, kdy se pacienti nemohou otočit na lůžku, bolestivé noční či ranní dystonie, syndrom neklidných nohou, poruchy spánku v důsledku častého nutkání na močení (Rektor, Rektorová, 1999).

Polékové psychotické projevy jsou závažnou komplikací léčby. Mechanismus psychotických projevů souvisí s nadměrnou stimulací extra-striatálních dopaminových receptorů, především v limbickém systému a frontální kůře. Vyšší riziko je u nemocných s již existující kognitivní poruchou, depresí či demencí. Objevuje se změna snové produkce, noční i denní zrakové halucinace. Zpočátku bývají zrakové halucinace vázány na tmu či šero.

Někdy se relativně benigní halucinatorní symptomatika komplikuje bludnou produkcí a přechází rychle do těžké zmatenosti až deliria či paranoidně-psychotického stavu (Růžička et al., 2000).

Výskytu halucinací u Parkinsonovy nemoci se věnuje výzkum Inselberga et al. (1998), kteří zjistili přítomnost halucinací u 37 % pacientů, u 29 % se vyskytovaly pouze halucinace vizuální a u 8 % současně vizuální i auditivní.

Barnes a David (2001) zkoumali pouze halucinace vizuální a publikovali jejich podrobnou charakteristiku. Uvádějí například, že halucinace se objevují vždy při otevřených očích, trvají nejčastěji několik sekund, bývá v nich přítomen pohyb, jsou vícebarevné a jejich obsah není uniformní.

K senzorickým symptomům Parkinsonovy nemoci patří především porucha čichu a porucha barevné a kontrastní zrakové citlivosti. Senzitivní symptomy jsou nejčastěji reprezentovány bolestí v důsledku motorické symptomatiky a pocity vnitřního neklidu, tenze a nucení k pohybu (akatzie) (Růžička, Roth, 1998).

1.3. Vyšetřovací schémata a škály hodnotící tíži onemocnění

Nejpoužívanějším vyšetřovacím schématem Parkinsonovy nemoci je v současné době Jednotná stupnice pro hodnocení Parkinsonovy nemoci zvaná UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale). Byla vytvořena na základě starších stupnic (Columbia University Rating Scale, Websterova škála aj.). Je tvořena několika škálami, umožňujícími hodnotit jednotlivé projevy onemocnění i jejich celkovou tíži.

Části UPDRS I.-IV. se skládají z dílčích položek, jejichž bodová hodnocení vycházejí z popisu odpovídajících nálezů v komentáři (0 bodů znamená normální nález, 1 bod přítomnost sledovaného projevu, 4 body maximálně vyjádřený příznak).

Části V. a VI. vyjadřují stupeň onemocnění a celkového funkčního omezení. Část I. zjišťuje poruchy intelektu, nálady a myšlení, část II. dopad projevů onemocnění na běžné činnosti nemocného, část III. slouží k posouzení tíže motorických projevů a sledování efektů léčby, část IV. se zaměřuje na komplikace léčby a část V. určuje stupeň onemocnění.

Část VI. je škálou Schwabovou a Englandovou, která mapuje běžné činnosti pacienta a slouží objektivnímu posouzení funkční výkonnosti nemocného, které se udává procentovým odhadem vzhledem k normě (Růžička et al., 2000).

Další stupnice má název Stadia Parkinsonovy nemoci podle Hoehnové a Yahra. Sestává z následujících stadií:

1. Jednostranné postižení
2. Oboustranné postižení bez poruchy rovnováhy
3. Oboustranné postižení s poruchou posturální stability
4. Těžké postižení se schopností samostatné chůze
5. Připoutání na lůžko či invalidní vozík, chůze je možná pouze s oporou

Výhodou této škály je její jednoduchost a snadná použitelnost. Nevýhodou je nízká citlivost, škála může poskytnout jen hrubé změny tíže onemocnění (Růžička, Roth, 1998).

1.4. Léčba Parkinsonovy nemoci

Léčba Parkinsonovy nemoci je jednou z nejnadějnějších oblastí soudobé neurologie. Ačkoli dosud není znám léčebný postup, který by onemocnění vyléčil nebo alespoň zastavil jeho progresi, je možné účinně a dlouhodobě potlačovat jednotlivé příznaky nemoci a zmírňovat její dopady na každodenní život pacienta. V současné době je k dispozici farmakologická léčba, neurochirurgické postupy a rehabilitační léčba (Roth et al., 2005).

1.4.1. Farmakologická léčba

Ve farmakoterapii Parkinsonovy nemoci se uplatňují především symptomatické postupy, jimiž se potlačují příznaky onemocnění.

Stále se bez zásadního úspěchu hledají léčebné postupy, které by působily přímo na etiopatogenetické mechanismy onemocnění a zabránily vzniku příznaků nebo zastavily jejich progresi (neuroprotektivní, neurorestorativní a neurotrofická léčba).

Symptomatické postupy zahrnují léčbu substituční, spočívající ve zvýšení tvorby endogenního dopaminu či v jeho náhradě podobně působícími látkami, a léčbu kompenzační, která snižuje odbourávání a zvyšuje dostupnost dopaminu, či vyrovnává sekundární neuromediátorovou dysbalanci.

Další adjuvantní symptomatické postupy reagují na vedlejší projevy a komplikace onemocnění (Růžička et al., 2000).

Podrobnější popis užívaných farmak není předmětem této rigorózní práce. V tabulce č.2 je však uveden alespoň jejich základní přehled (Růžička et al., 2000).

Tabulka č. 2- Farmakoterapie Parkinsonovy nemoci

Symptomatická léčba

- Substituční
L-DOPA
Agonisté dopaminu
- Kompenzační
Anticholinergika
Amantadin
Selegilin
Inhibitory COMT

Ovlivnění rozvoje PN

- Neuroprotekce
Selegilin
Agonisté dopaminu
Amantadin
Inhibitory COMT
- Neurotrofická léčba
Růstové faktory
Selegilin

- Adjuvantní
Antidepresiva, anxiolytika
Atypická neuroleptika
Prokinetika trávicího ústrojí
- Další experimentální postupy

PN: Parkinsonova nemoc, COMT: katechol-O-metyltransferáza

1.4.2. Neurochirurgická léčba Parkinsonovy nemoci

Chirurgické řešení je přes dokonalost současných technik závažným zásahem do činnosti mozku a rozhodně by mu měla předcházet důkladná snaha o léčebné řešení problému klasickými způsoby.

Podstatou metody neurochirurgické léčby je zmírnění patologicky zvýšené aktivity či naopak obnovení činnosti jader bazálních ganglií. V současné době existují tři postupy neurochirurgické léčby: stereotaktická léčba, vysokofrekvenční hluboká mozková stimulace a neurotransplantační léčba (Roth et al., 2005).

Stereotaktická léze mozku zmírňuje nebo odstraňuje určitý příznak tím, že se poruší odpovídající drobný okrsek bazálních ganglií pomocí zavedené elektrody. Přesné zacílení těchto struktur je možné na základě vyšetření zobrazovacími technikami (dnes především magnetickou rezonancí) a zaměření mozkových jader pomocí přesného souřadnicového systému. Thalamus je vhodným cílem pro potlačení tremoru, vnitřní pallidum pro zmírnění brydykineze, rigidity a dyskinezi. Mozkové léze byly však zatíženy rizikem z poškození mozku, jež podstatně vzrůstalo, pokud se výkony prováděly oboustranně (Růžička, Roth, 1998).

Hluboká mozková stimulace je podstatně šetrnější technikou a může být použita i pro oboustranné zákroky s relativně minimálním rizikem, protože nemusí vést ke vzniku léze v mozku, a stimulační parametry a uložení elektrod je možné průběžně upravovat. Elektrody jsou zaváděny do příslušného jádra a vysokofrekvenční stimulací (nad 100 Hz) se indukuje funkční inhibice cílové tkáně k ovlivnění parkinsonských symptomů (Berger et al., 2000).

Neurotransplantační léčba by měla působit přímo na sníženou tvorbu dopaminu v mozku. Starší postupy vnášely do mozku buňky schopné produkovat dopamin (získané například z vlastní dřeně nadledvin pacienta) (Růžička, Roth, 1998).

V roce 1990 se ve Švédsku zavedla současná technika stereotaktické implantace embryonálních dopaminergních neuronů. Tato metoda je však stále metodou experimentální. Není známo, zda si nezralé buňky embrya trvale zachovávají schopnost tvorby dopaminu a zda se nevymknou kontrole hostitelského organismu. Diskutovány jsou rovněž aspekty etické a finanční (Rektorová, 2002).

Možnostmi neurotransplantační léčby a výsledky několika výzkumů se podrobně zabývá například obsáhlá publikace Heftiho a Weinera (1992).

1.4.3. Rehabilitační léčba

Společně s léčbou farmakologickou a chirurgickou je podstatnou částí léčby Parkinsonovy nemoci i léčebná rehabilitace. K dispozici jsou specializované postupy fyzioterapeutické, ergoterapeutické, logopedické, sociální rehabilitace, rehabilitační a lázeňské pobyty a aktivity v rámci svépomocných sdružení. Důležitá je rovněž edukace pacienta (včetně pohybové reedukace) a související režimová opatření (režim denních aktivit, spánkový režim, nutriční režim, úpravy a pomůcky atd.) (Berger et al., 2000).

Vzhledem k empirické části této práce bude nyní v souvislosti s rehabilitační léčbou stručně popsána činnost Společnosti Parkinson ČR. Jedná se o občanskou, humanitární a neziskovou organizaci s celostátní působností. Byla založena v roce 1994 a má formu občanského sdružení.

Podnět pro založení společnosti dali lékaři Neurologické kliniky 1. LF UK v Praze. Společnost pořádá zdarma pravidelný docházkový rehabilitační tělocvik jedenkrát týdně v tělocvičnách či bazénech pod vedením fyzioterapeutek, besedy s lékaři a rodinnými příslušníky nemocných, výlety a vycházky, vzájemné návštěvy členů jednotlivých klubů. Každý klub má svého odborného lékařského garanta a společnost vydává vlastní časopis.

Nejdůležitější činností Společnosti Parkinson je organizace čtrnáctidenních internátních rekondičních pobytů. Pobyt je zaměřen zejména na každodenní rehabilitační tělocvik, výlety, besedy, společné sportovní akce, zlepšení pohybových schopností, vzájemné poznávání a zlepšení psychického stavu nemocných za účasti lékaře a zkušených cvičitelek (Dvořák, 2004, in Roth et al., 2005).

2. Sexualita a Parkinsonova nemoc

2.1. Sexuální život ve stáří

Jak bylo výše uvedeno, průměrný věk počátku Parkinsonovy nemoci je obvykle udáván mezi 58- 62 roky. Sexualita osob s tímto onemocněním je tedy ovlivněna rovněž přirozeným procesem stárnutí a s ním spojeným nárůstem výskytu jiných onemocnění.

U mužů dochází v souvislosti s věkem k těmto změnám: typická je redukce frekvence sexuálních aktivit, dosažení erekce trvá déle (často je zapotřebí stimulace penisu a fantazií), v plné erekci nedosahuje penis tvrdosti penisu mladšího muže. Erekce starších mužů také častěji mizí ihned po orgasmu, ejakulace vyžaduje více stimulace a není tak prudká, redukuje se objem ejakulátu, prodlužuje se doba potřebná k dosažení další erekce (až na 24 či 48 hodin). Nejčastěji udávaná prevalence poruch erekce se u mužů ve věku 60-69 let pohybuje mezi 20-40 %, u mužů starších sedmdesáti let 50-75 % (Kaplan, 2004).

Jak však upozorňují Papatsoris et al. (2003), studie provedené v zemích EU dospěly k mnohdy velmi odlišným závěrům ohledně prevalence erektilní dysfunkce, což lze dle autorů studie vysvětlit především jejím různým definováním a odlišností metodiky, použité v jednotlivých výzkumech. Pro ilustraci lze uvést, že například některé výzkumy provedené v Anglii uvádějí prevalenci erektilní dysfunkci u mužů ve věku 61-65 let 12, 5 %, v Německu více než 50 %, V Itálii ve věkové kategorii nad 70 let 48 %, v Nizozemí pro kategorii 70- 78 let 26 %, V Belgii v kategorii 40-70 let 60 % atd.

Selvin et al. (2007) provedli výzkum na souboru 2126 mužů a zjistili relativně vysoký výskyt erektilní dysfunkce u mužů starších šedesáti let. Muži ve věku 60-69 let, kteří měli odpovědět na otázku, jak by popsali svou schopnost dosáhnout a udržet erekci adekvátní pro uskutečnění uspokojivé soulože, odpověděli následně: vždy či téměř vždy (28, 7 % mužů), většinou (27, 5 %), někdy (27 %), nikdy (16, 7 %).

Rozsáhlejší, často citovaný výzkum prevalence erektilní dysfunkce u stárnoucích mužů provedli Feldman et al. (1994). Podle jejich výsledků trpí nějakým stupněm erektilní dysfunkce 48 % mužů ve věku 50-59 let, 57 % mužů ve věku 60-69 let a 67 % mužů starších 70 let.

U žen dochází v souvislosti se stárnutím ke snížení vaginální lubrikace, snižuje se prokrvení labií a uvolňuje se sevření penisu během styku, vaginální orgastické kontrakce jsou slabší a u starších žen mohou být v důsledku hormonálních menopauzálních změn bolestivé, často dochází také k poklesu zájmu o sexuální aktivity (Byer, Schainberg, 1994). Snížení sexuální touhy se vyskytuje až u cca 50 % žen starších 65 let (Kaplan, 2004).

Hydeová (1990) uvádí grafická znázornění hladiny estrogenů u žen a testosteronu u mužů, z nichž je patrný prudký pokles hladiny estrogenů po menopauze a u mužů zahájení klesání hladiny plazmatického testosteronu po 20. roce věku s markantním poklesem po 40. a 60. roce věku.

Stárka (2004) upozorňuje na změny v endokrinní regulaci u stárnoucích mužů a popisuje mimo jiné příznaky androgenního deficitu pro sexualitu: snížené libido, omezení sexuální aktivity, slabší erekční funkce, slabá ejakulace, snížený objem ejakulátu.

Některé sexuální problémy jsou ve specifickém vztahu ke stáří. U starších osob je vyšší prevalence karcinomu prostaty u mužů a prsu, dělohy a ovarií u žen. U mužů se objevují problémy s prostatou, především chronická prostatitida bakteriálního či virového původu u 35 % mužů starších padesáti let a benigní hypertrofie prostaty (50-60 % mužů mezi 40 a 55 lety a 95 % u mužů starších 70 let). U žen se lze často setkat s atrofickou vaginitidou a prolapsy uteru (Byer, Schainberg, 1994).

Thienhaus (1988) uvádí také další faktory, které ovlivňují poruchy sexuálního projevu ve stáří: alkohol, některé léky, absence partnera, deprese, nadměrná obezita, některé chirurgické zákroky, postoje k sexu a nepřijetí alternativních sexuálních aktivit, osobní reakce na fyziologické změny, obavy z výkonu, reakce na postoje okolí.

Navzdory všemu, co bylo dosud uvedeno v této kapitole, a také společenským předsudkům o asexuálnosti seniorů, referuje většina autorů o relativně vysoké sexuální aktivitě starších osob (Meston, 1997).

White (1982, in Hyde, 1990) publikoval výsledky výzkumu, který byl uskutečněn na 4246 respondentech: ve věku 60-70let masturbovalo 37 % žen a 50 % mužů, v 70-80 letech 33 % žen a 43 % mužů. 76 % žen a 78 % mužů ve věku 60-70 mělo sex se svým manželem/manželkou, ve věku 70-80 se procento snížilo na 65 % u žen a 59 % u mužů, přičemž průměrná frekvence byla jedenkrát týdně.

Obdobně Weiss a Zvěřina (1999) zjistili v souboru 622 žen a 589 mužů více než 80 % osob starších 60 let s pohlavními styky v partnerském vztahu. 56 % mužů a 34 % žen starších 60 let mělo v době vyšetření pohlavní vybití (z jakéhokoli zdroje).

Brecher (1984, in Byer, Shainberg, 1994) uvádí velmi vysoká procenta sexuálně aktivních osob (sex s partnerem či masturbace) získaná na vzorku více než dvou a půl tisíce osob : ve věku 60-69 let 81 % žen a 91 % mužů, ve věku nad 70 let 65 % žen a 79 % mužů.

Corona et al. (2004) poukazují na často opomíjenou, avšak významnou vztahovou podmíněnost erektilní dysfunkce u osob starších 60 let, jak vyplynulo z jejich výzkumu erektilní dysfunkce realizovaného na souboru 977 osob.

Také Pondělíček (1981) zdůrazňuje nutnost věnovat se více psychickým, emocionálním a sexuálním problémům stárnoucích osob, na čemž by měla spolupracovat především psychologie se sexuologií.

2.2. Sexuální život a chronické onemocnění

Vážné onemocnění přináší postiženému řadu omezení a týká se vždy a zásadně celé rodiny, jejíž dynamiku a vztahy mění. Onemocnění s sebou přináší změnu stylu života, změnu rolí, změnu tělesného schématu a vzhledu, závislost na druhých (Vymětal, 2003). Všechny tyto aspekty přirozeně ovlivňují sexualitu chronicky nemocných.

Přesto většina studií upozorňuje na to, že dochází k zachování sexuálního zájmu navzdory velmi těžkým fyzickým handicapům. Zdravotníci však stále ještě zcela neintegrovali otázky sexuality do zdravotní péče o chronicky nemocné (Porter, 1987).

Morley a Tarig (2003) zdůrazňují, že je odpovědností zdravotnických profesionálů hovořit o sexu se všemi pacienty bez ohledu na jejich věk. Handicap není sám o sobě bariérou sexuality a zdravotníci by se měli věnovat edukaci, podpoře a rozhovorům o sexualitě s pacienty.

Znepokojující jsou závěry mezinárodního výzkumu sexuálního chování a dysfunkcí evropské populace středního a staršího věku, který realizovali Nicolosi et al. (2006). Přestože prevalence sexuálních dysfunkcí u respondentů byla poměrně vysoká, 60– 80 % nekonzultovalo svůj problém s odborníkem (toto procento bylo nejmenší v Belgii, největší v Německu).

Dopad jednotlivých chronických onemocnění na sexuální život nemocných se samozřejmě velmi liší v závislosti na konkrétní diagnóze. O sexualitě nemocných s různými typy diagnóz lze nalézt informace například v zahraničních periodikách *Sexuality and Disability*, *Journal of Sex Research*, *The Canadian Journal of Human Sexuality*.

Obecně je možno eliminovat následující faktory, které mohou mít na sexualitu chronicky nemocných negativní vliv (Leiblum, Rosen, 1988):

1. Biologické faktory

- přímé fyziologické následky onemocnění či handicapu
- přímé fyziologické následky farmakologické léčby
- fyzická slabost
- inkontinence močového měchýře
- anatomické obtíže a neschopnost provést styk
- nedostatečná genitální citlivost

2. Psychologické faktory

- adaptace na roli pacienta
- narušení „body image“
- anxieta, deprese, hněv
- strach ze smrti, odmítání partnerem, ztráta kontroly
- vina ohledně chování, které je považováno za příčinu nemoci či handicapu
- nedostatek informací o pozitivních přístupech k širokému spektru sexuálně uspokojujících praktik
- nedostatek modelových rolí a příliš úzká kulturní definice sexuality
- psychologické požadavky na zvládání chronického onemocnění a handicapu
- změna priorit
- sebemonitorování
- stres

3. Sociální a interpersonální faktory

- negativní přístup okolí a nedostatek pozitivních informací o sexualitě nemocných
- komunikační obtíže ohledně pocitů a sexuality
- obtíže v iniciaci sexu po období abstinence
- strach z fyzického zatěžování nemocného či handicapovaného partnera
- absence partnera
- nedostatek soukromí při institucionalizaci či jiné závislosti na pečovateli
- reakce na tělesné narušení či jiné změny partnera
- nevyřešené párové otázky objevující se po proběhnutí bezprostředních krizí diagnózy a léčby

Péče o sexuální zdraví se děje prostřednictvím prevence a intervence v oblasti sexuálních problémů. V péči o sexuální zdraví chronicky nemocných se používá tzv. integrativní model zahrnující biologické, psychologické a sociální aspekty (Schover, Jensen, 1988).

V souvislosti s psychologickými aspekty je zajímavé Křivohlavého (1985) srovnání psychické situace zdravého a nemocného v oblasti aktivity, závislosti, řízení životního rytmu, sebedůvěry, sociální interakce, známosti prostředí, zájmů, ovládání psychického a fyzického stavu, emocionálních zážitků, časové dimenze.

Souvislostmi sexuality a sebevědomí se zabývala série výzkumů Taleporose a McCabea (2002), zaměřená na vývoj škály na měření sexuálního a tělesného sebevědomí u osob s fyzickým handicapem. Celkem byly provedeny čtyři studie a metodou faktorové analýzy eliminovány tři hlavní faktory: sexuální sebevědomí, atraktivita pro ostatní, tělesné sebevědomí. Finální studie se zúčastnilo 748 osob s tělesným onemocněním. Byla zjištěna výborná reliabilita a dobrá validita škály. Ženy skórovaly signifikantně výše než muži v celkovém skóru, především však v sexuálním sebevědomí a atraktivitě pro druhé. Další aplikace škály jsou nyní diskutovány.

Sexualitě při neurologickém onemocnění se věnuje publikace Bollera a Franka (1982). Frekvence výskytu sexuálních dysfunkcí při těchto poruchách je podmíněna především kontrolou sexuálních orgánů komponentami nervového systému na všech úrovních, od periferních nervů po cerebrální hemisféry.

Sexuálním funkcím žen s neurologickým onemocněním se ve svém výzkumu věnoval Hulter (1999). Podle jeho zjištění bylo se sexuálním životem nespokojeno více než 50 % žen, přičemž například u žen s roztroušenou sklerózou se v 60 % vyskytoval pokles sexuální touhy, v 47% nedostatečná lubrikace, 51 % udávalo obtíže s dosahováním orgasmu. V kontrolní skupině zdravých žen udávalo tyto problémy 2 % žen.

Brown a Chandler (1998) se rovněž věnovali sexualitě a vztahovým otázkám osob s neurologickým onemocněním. Změny v sexuálním fungování uvedlo 51 % jejich respondentů z celkového počtu 398. Muži byli signifikantně více nespokojeni se svým sexuálním fungováním než ženy a sexualita byla také společně s délkou trvání onemocnění nejsilnějším prediktorem partnerských problémů.

Podrobný popis anatomických a fyziologických determinant sexuality při různých diagnostických jednotkách neurologických onemocnění přesahuje možnosti této práce, která se zabývá pouze Parkinsonovou nemocí. Podrobnější informace tohoto typu je možno nalézt v dílech citovaných autorů, především Bollera a Franka (1982).

2.3. Výzkumy sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí

Sexuální aktivita je významnou součástí života a její význam u pacientů s Parkinsonovou nemocí nelze opomíjet (Roth et al., 2005).

Nejrůznější okolnosti těžkého chronického onemocnění, jakým je Parkinsonova nemoc, jsou typickými nespecifickými faktory podmiňujícími sexuální dysfunkci: psychosociální zátěž, úzkost, deprese, obtížná pohyblivost a další tělesná stigmatizace onemocněním. O poruchách sexuálních funkcí u Parkinsonovy nemoci se však mnoho nemluví, ať už proto, že nemocní se sami o nich neodvážují hovořit a lékaři se obvykle neptají, nebo proto, že jsou považovány za projev stáří či za samozřejmý důsledek onemocnění (Růžicka et al., 2000).

Skutečnost tabuizace této problematiky dokládá například výzkum Bowrona et al. (2004), který zjistil, že 81 % nemocných se sexuálním problémem jej nikdy nediskutovalo s jakýmkoli zdravotníkem.

Obdobně Boller a Frank (1982) uvádějí výpovědi lékařů o tom, že 40 % z nich iniciovalo rozhovor s pacientem o sexualitě, přičemž o této iniciaci referovalo pouze 25 % pacientů.

O nedostatečné pozornosti, která je tomuto tématu věnována, svědčí například obsáhlá publikace o Parkinsonově nemoci Pahwy et al. (2004) o 563 stranách, kde je problematice sexuálního života věnováno sedm řádků.

Bassonová (1996) projevuje znepokojení nad tím, že navzdory četným výzkumům motorických a kognitivních funkcí u Parkinsonovy nemoci a snaze o zlepšení života nemocných se otázkám vlivu Parkinsonovy nemoci na sexuální funkce dostalo dosud tak malé pozornosti.

Bareš (2002) označuje v článku o pozdních komplikacích Parkinsonovy nemoci sexuální dysfunkce za velmi častý, avšak málo diagnostikovaný příznak.

Vývoj zájmu o tuto problematiku má však pozitivní tendence a v posledních letech bylo v zahraničí realizováno několik výzkumů sexuálního života u Parkinsonovy nemoci, jejichž výsledky budou nyní uvedeny. Je důležité již předem upozornit na to, že závěry těchto výzkumů nejsou mnohdy ve shodě a v otázce podílu faktorů na sexualitě osob s Parkinsonovou nemocí nebyl dosud nalezen konsenzus. To potvrzuje i přehledová studie Rodrigueze a Ruize (1997), kteří srovnávali závěry výzkumů se zaměřením na roli motorických symptomů, věku, efektu chronicity onemocnění a farmakologické léčby v sexuálním životě nemocných.

Jednou z ranějších výzkumných studií, která se zabývala sexualitou osob s Parkinsonovou nemocí, byla práce Browna et al. (1990). Zkoumala sexuální život mužů a žen s Parkinsonovou nemocí pomocí strukturovaných sexuologických dotazníků.

Byl zjištěn častý výskyt sexuálních dysfunkcí u nemocných i jejich partnerů, výraznější dysfunkce vykazovaly partnerky nemocných mužů. Závěrem autoři konstatují, že sexuální problémy mají multifaktoriální etiologii, přičemž je zde podstatná role vlastního onemocnění i psychologických a sociálních faktorů.

Další zkoumání provedl Burguera et al. (1994). Výběr zahrnoval 50 pacientů s Parkinsonovou nemocí, 36 mužů a 14 žen. Průměrný věk byl 58 let, průměrná délka trvání onemocnění 7 let.

Autoři se zaměřili na sexuální dysfunkce a změny sexuality v souvislosti s progresí onemocnění. Zjistili změny sexuální aktivity u 68 % nemocných, ztrátu libida u 26 %. Snížení sexuální aktivity a touhy bylo častější u žen. Nejčastější sexuální dysfunkcí byla erektilní dysfunkce, kterou udávalo 39 % mužů.

Wermuth a Stenager (1995) se zaměřili na sexuální problémy u mladých pacientů s Parkinsonovou nemocí. Provedli reprezentativní výběr 25 pacientů (15 mužů, 10 žen) s věkovým rozpětím 36- 56 let, které podrobili strukturovanému interview. Nejmarkantnějším nálezem byly změny libida a sexuální spokojenosti, které uvedlo 40 % mužů a 70 % žen, a především změna sexuální aktivity po stanovení diagnózy, která byla zaznamenána u 33 % mužů a 80 % žen.

Celkově narůstaly změny sexuálních funkcí s délkou trvání onemocnění a H-Y skórem. Markantní byly difference především u žen, což je v souladu s nálezem Burguery et al.(1994).

Zmíněné výsledky u žen inspirovaly Welshe et al. (1997) k realizaci výzkumu výhradně orientovaného na ženy. Jednalo se o reprezentativní výběr 27 žen, které byly srovnávány s kontrolní skupinou. Sexuálně aktivních bylo 50 % žen z obou souborů, avšak ženy s Parkinsonovou nemocí byly signifikantně více nespokojené s kvalitou svých současných sexuálních zážitků. Signifikantní difference byly rovněž zjištěny v míře deprese, úzkosti, inhibovanosti, vaginální pružnosti a inkontinenci.

U nemocných žen se také objevila častěji nespokojenost s vlastním tělem, avšak rozdíly mezi oběma skupinami nebyly statisticky významné. Ženy s onemocněním byly méně spokojeny s kvalitou svých sexuálních a partnerských vztahů. Věk byl u obou skupin ve vztahu k sexuální spokojenosti a aktivitě.

Jacobs a Vierrege (2000) provedli výzkum na větším výběru, který zahrnoval 121 pacientů s Parkinsonovou nemocí (členové Německé organizace pro Parkinsonovu nemoc) a 126 pacientů kontrolní skupiny (z registru obyvatelstva města Lübeck), které byly vyrovnány z hlediska pohlaví a věku. Původně bylo prostřednictvím dopisů osloveno 388 pacientů, avšak pouze 163 z nich souhlasilo s participací na výzkumu, 34 bylo vyloučeno z důvodu vzdálenosti bydliště a 8 nenaplnilo kritéria.

Všichni respondenti byli vyšetřeni lékařem, u nemocných bylo stanoveno H-Y skóre a další klinické údaje. Zaznamenány byly také sociodemografické údaje. Jádrem výzkumu tvořil dotazník sexuality, jehož položky byly zaměřeny na sexuální postoje, sexuální funkce, spokojenost se současným sexuálním životem a percipování zdravotního stavu. Probandi posuzovali odpovědi na otázky prostřednictvím čtyřbodové škály. Administrována byla rovněž zkrácená forma Wechslerova inteligenčního testu a škála pro měření deprese.

Výzkumníci zjistili, že nemocní byli oproti kontrolní skupině méně spokojeni se svým současným sexuálním životem a partnerským vztahem. Nespokojenost byla také signifikantně větší u nemocných mužů oproti ženám na jednoprocenní hladině významnosti (36 % vs. 20 %), zatímco v kontrolní skupině nebyl nalezen rozdíl. Tento nálezn je v rozporu se závěry výše uvedeného výzkumu Wermutha a Stenagera (1995).

Frekvence pohlavních styků v obou skupinách se nelišila. Autoři se zaměřili také na srovnání sexuálních postojů u obou skupin, avšak byly nalezeny pouze marginální difference (pacienti například více než respondenti kontrolní skupiny odmítali homosexualitu, avšak výsledky nebyly statisticky signifikantní). U mladých pacientů s Parkinsonovou nemocí je dle tohoto výzkumu percepce jejich sexuálního fungování nejvíce ovlivněna přítomností deprese a nezaměstnaností (Jacobs, Vierrege, 2000)

Další ze studií publikovala Bassonová (1996). Autorka zvolila kvalitativní přístup a zabývala se klinickým popisem různých aspektů sexuálního života 25 osob (21 mužů, 4 ženy) s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerů, které se obrátily na sexuologické oddělení při univerzitě ve Vancouveru se žádostí o pomoc se sexuálním problémem.

Průměrný věk mužů byl 66 let, u žen 58 let. Průměrná délka trvání Parkinsonovy nemoci po zaokrouhlení byla u mužů 9 let, u žen 7 let. Délka trvání partnerského vztahu byla průměrně 17 let. Uvedeny jsou i další klinické charakteristiky (stadium onemocnění dle Hoehna a Yahrové, dávky užívané medikace).

Autorka uvádí nejprve nejčastější sexuální dysfunkce. Nejvíce zastoupeny byly poruchy erekce (17 z 21 pacientů) a tento problém byl zároveň většinou osob označen za nejvíce stresující ze všech problémů souvisejících s Parkinsonovou nemocí.

Dále byl zjištěn narušený vzorec vzrušení a orgasmu u tří žen a osmi mužů. Studie uvádí zajímavé srovnání křivky normálního průběhu sexuálního vzrušení, kterou publikovali Masters a Johnsonová (1970) a křivky typické pro osoby s Parkinsonovou nemocí. Pro ty bylo charakteristické snížení orgasmické intenzity a tzv. přerušovaný orgasmus („jagged orgasm“) následovaný strmým poklesem sexuální tenze.

Orgasmus je nemocnými popisován spíše jako několik méně intenzivních vrcholů objevujících se po 10-20 vteřinách. Po ukončení sexuální aktivity je udáván nižší sexuální well-being oproti premorbidní úrovni. Fyziologický podklad těchto diferencí oproti normální populaci není dosud znám. Pět mužů udávalo rovněž potíže s dosahováním orgasmu.

U žen byl zjištěn zvýšený tonus perivaginálního svalstva, který v několika případech nabýval až klinického obrazu vaginismu. Co se týče poruch lubrikace, neudávala tento problém žádná z žen. Vzorek žen byl však velmi malý a například Nutt et al. (1992) uvádějí ve své publikaci poruchy lubrikace u žen s Parkinsonovou nemocí jako časté.

Bassonová (1996) se dále zabývala psychologickými faktory a zjistila, že snížené sebevědomí resultovalo v snížení sexuálního sebevědomí především z důvodu snížení fyzických schopností, snížení schopností péče o domácnost a finance, ztráty řidičských privilegií v rodině, stresu, deprese.

Respondenti udávali, že je obtížné vnímat sebe sama jako sexuální bytost, pokud potřebují pomoc v péči o sebe sama, připomínání užívání medikace, asistenci při uléhání a vstávání z postele. Nadto je veškerá tato pomoc poskytována osobou, která by měla být jejich sexuálním partnerem. Pokles sebevědomí je způsoben rovněž měnícím se fyzickým vzhledem, narušením řeči a vědomím, že jejich obličej nevyjadřuje emoce.

Prozatím nejrozsáhlejší studii s největším rozsahem výběru provedl Beier (2000) z Institutu pro sexuální výzkum berlínské univerzitní kliniky. Od července 1998 do března 1999 bylo osloveno 12000 členů Německé společnosti pro Parkinsonovu nemoc a jejich partnerů. Celkový počet respondentů byl nakonec 2099. Průměrný věk byl 65 let, průměrné trvání partnerského vztahu 37 let. Přibližně dvě třetiny nemocných byly v remisi. Průměrné trvání Parkinsonovy nemoci bylo 10 let.

Téměř 61 % žen a 75 % mužů spatřovalo přímou souvislost mezi změnami své sexuality a rozličnými Parkinson-specifickými symptomy. Probandi byli požádáni o zhodnocení toho, které symptomy nejvíce ovlivnily jejich sexualitu. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách č.3 a č.4.

Tabulka č.3- Vliv symptomů Parkinsonovy nemoci na sexualitu mužů

| Symptom | Percentuální zastoupení |
|------------------------|-------------------------|
| Hypo-/Akinezie | 53 % |
| Redukce jemné motoriky | 47 % |
| Rigidita | 42 % |
| Tremor | 33 % |
| Úzkost | 25 % |
| Deprese | 19 % |
| Hyperkinézy | 13 % |

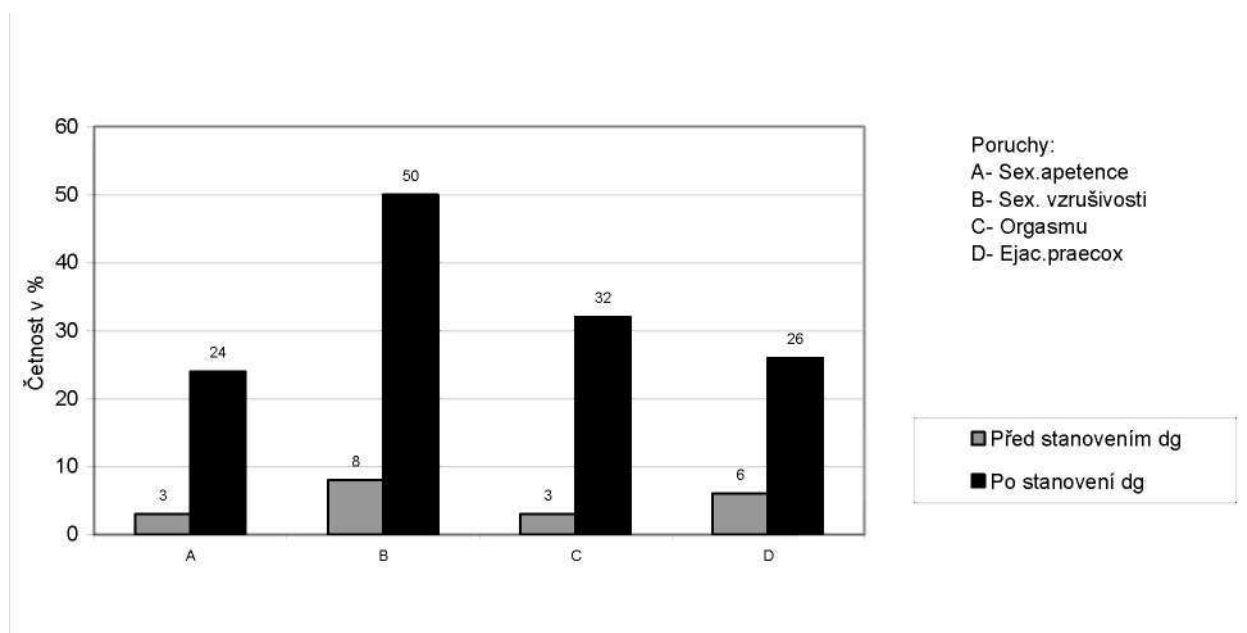
Tabulka č.4- Vliv symptomů Parkinsonovy nemoci na sexualitu žen

| Symptom | Percentuální zastoupení |
|------------------------|-------------------------|
| Hypo-/Akinezie | 55 % |
| Rigidita | 49 % |
| Redukce jemné motoriky | 36 % |
| Deprese | 30 % |
| Úzkost | 28 % |
| Tremor | 25 % |
| Hyperkinézy | 14 % |

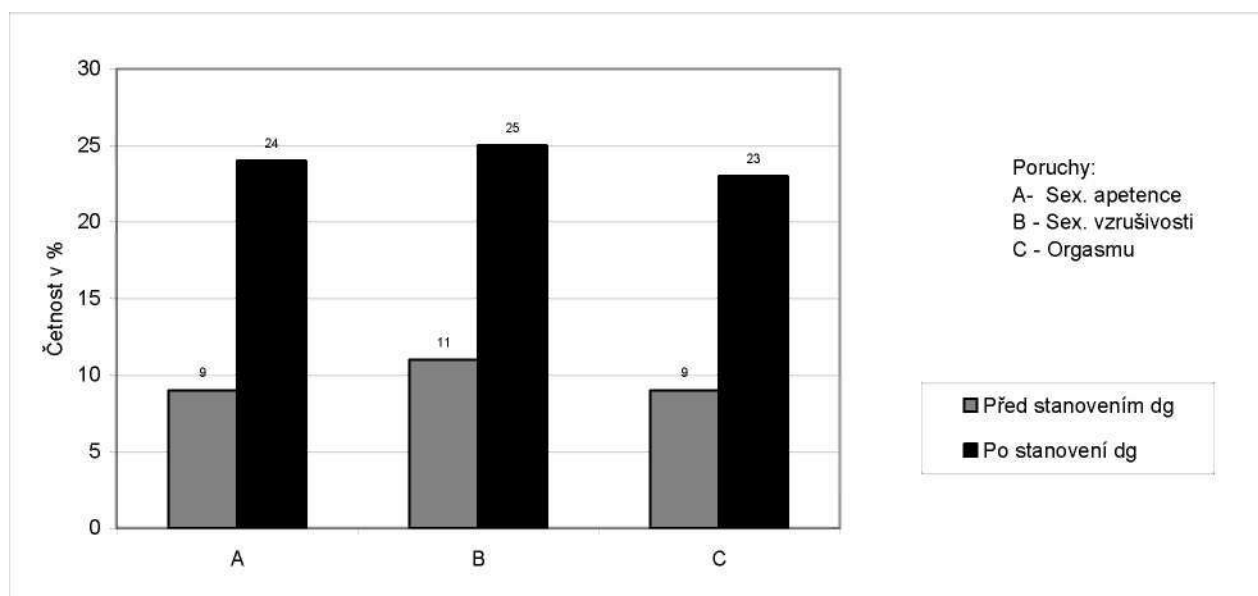
Dále sledoval Beier (2000) změny sexuálních funkcí v souvislosti s onemocněním. Zatímco před stanovením diagnózy bylo se svým sexuální životem spokojeno přibližně 90 % dotázaných, pokleslo toto procento po jejím stanovení na 60 %.

Změny vybraných sexuálních funkcí u mužů a žen s Parkinsonovou nemocí jsou uvedeny v grafech č.1 a č.2.

Graf č.1- Četnost funkčních sex. poruch mužů před a po stanovení diagnózy



Graf č.2- Četnost funkčních sex. poruch žen před a po stanovení diagnózy



Výzkum Beiera (2000) se zabýval také vlivem antiparkinsonské medikace na sexuální funkce nemocných. Celkově se 64 % mužů a 30 % žen vyjádřilo v tom smyslu, že spatřuje souvislost mezi působením léků, které užívají, a vlastní sexualitou. Autoři uvádí srovnání vlivu konkrétních preparátů, některé z nich se však v České republice neužívají. Změny sexuality v důsledku farmakologické léčby mohou být jak ve smyslu úbytku sexuální apetence, vzrušivosti, dosahování orgasmu a sexuální aktivity, tak ve smyslu nárůstu těchto charakteristik sexuality.

Četnost těchto změn explorovaných Beierem (2000) v souvislosti s užíváním preparátů obsahujících L-DOPU uvádí tabulky č.5 a č.6.

Tabulka č.5- Změny v sexualitě mužů v souvislosti s užíváním L-DOPA a agonistů dopaminu (v závorce)

| | Žádná změna | Zvýšení | Snížení |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Sexuální apetence | 35 % (32 %) | 34 % (39 %) | 31 % (30 %) |
| Sexuální vzrušení | 22 % (24 %) | 20 % (23 %) | 58 % (53 %) |
| Orgasmus | 21 % (27 %) | 7 % (9%) | 62 % (64 %) |
| Sexuální aktivita | 26 % (24 %) | 14 % (20 %) | 60 % (56 %) |

Tabulka č.6- Změny v sexualitě žen v souvislosti s užíváním L-DOPA a agonistů dopaminu (v závorce)

| | Žádná změna | Zvýšení | Snížení |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Sexuální apetence | 32 % (20 %) | 30 % (42 %) | 39 % (38 %) |
| Sexuální vzrušení | 29 % (29 %) | 40 % (29 %) | 31 % (42 %) |
| Orgasmus | 36 % (36 %) | 32 % (19 %) | 32 % (45 %) |
| Sexuální aktivita | 23 % (38 %) | 36 % (24 %) | 41 % (38 %) |

Lucon et al. (2001) publikovali prospektivní studii zaměřující se na výskyt erektilní dysfunkce ve srovnání s kontrolní skupinou. Soubor tvořilo 30 pacientů s Parkinsonovou nemocí s průměrným věkem 59 let, věkový průměr třicetičlenné kontrolní skupiny byl 63 let. Autoři uvádějí údaje o komorbiditě, přičemž nejčastěji se vyskytla hypertenze, kardiopatie a diabetes. Byl použit dotazník IIEF a učiněny následující závěry: ve skupině nemocných byl signifikantně větší výskyt erektilních dysfunkcí a poruch orgasmické funkce.

Moore et al.(2002) provedli výzkum týkající se vztahu kvality sexuálního života a celkové kvality života. Výzkumníci oslovili 124 osob, které přišly na preventivní kontrolu ke specialistovi na kliniku. Osm osob odmítlo účastnit se výzkumu. Soubor tedy tvořilo 91 osob, z toho 54 mužů . Průměrný věk byl 64 let, trvání onemocnění 8,5 roku. Respondenti vyplnili specifický dotazník kvality života PDQ-39 a dotazník kvality sexuálního života QoSL. Otázky tohoto dotazníku se týkají komunikace o sexu s partnerem, sexuální touhy, sexuální spokojenosti a odmítání sexuálního kontaktu s partnerem. Bylo zjištěno, že kvalita sexuálního života koreluje s věkem a tíží onemocnění.

Několik výzkumů týkající se sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí bylo publikováno v roce 2004. Autoři se v nich zaměřili především na problematiku sexuálních dysfunkcí. Jedním z těchto výzkumů byl projekt Bronnerové et al.(2004), v němž bylo osloveno 101 osob. S účastí na výzkumu souhlasilo 75 osob, z toho 43 mužů. Průměrný věk zúčastněných byl 64 let, doba trvání onemocnění 9 let, H-Y skóre 2,5, 67 % užívalo preparáty obsahující L-DOPA a/či dopaminové agonisty, 84 % z nich mělo v době vyšetření partnera. Jako nejčastější komorbidita se objevila ischemická choroba srdeční a hyperlipidémie. Sexuální funkce byly hodnoceny Izraelským inventářem sexuálního chování (ISBI). Respondenti měli vyplnit inventář s ohledem na svůj stav v posledních šesti měsících a také retrospektivně za období před objevením se prvních příznaků nemoci. Byli rovněž požádáni o vyplnění Hamiltonovy škály deprese a pro hodnocení jejich kognitivních funkcí byl administrován Mini-Mental State Exam.

U mužů byly zjištěny následující obtíže: erektilní dysfunkce, nespokojenost se současným sexuálním životem, předčasná ejakulace, obtíže při dosahování orgasmu.

Téměř 72 % mužů považuje svou nemoc za faktor narušující jejich sexualitu. Pouze 16 % mužů uvedlo, že je velmi spokojeno se svým současným sexuálním životem. Ženy měly nejčastěji potíže se vzrušivostí a s dosahováním orgasmu, 30 % bylo nespokojeno se svým sexuálním životem. Se svým současným sexuálním životem bylo velmi spokojeno pouze 12,5 % dotázaných žen. Obecně bylo snížení sexuální funkce ovlivněno především dopaminergní léčbou, u mužů dále stupněm onemocnění (H-Y skór) a u žen užíváním L-DOPA, která způsobovala prokazatelné snížení sexuální touhy (Bronnerová et al., 2004).

O uvedených sexuálních problémech hovořilo s partnerem 34 % nemocných. 70 % nemocných bylo velmi spokojeno s kvalitou svého partnerského vztahu. Jak však bylo výše uvedeno, Jacobs a Vierrege (2000) zjistili menší spokojenost s partnerským vztahem oproti kontrolní skupině. Autorský kolektiv Bronnerové et al. (2004) doporučuje závěrem odborníkům, aby diskutovali o sexuálních otázkách s pacienty co nejdříve a především neurologové by podle nich měli toto téma nastolit ihned po diagnostikování Parkinsonovy nemoci.

Další z výzkumů týkajících se sexuálních dysfunkcí byl realizován Yuen et al. (2004). O spolupráci na výzkumu bylo požádáno 83 pacientů, avšak pouze 22 souhlasilo. Jeden pacient byl vyloučen pro demenci. Soubor tedy tvořilo 17 mužů a 4 ženy, takže se autoři zaměřili v analýze pouze na muže. Byly zaznamenány klinické údaje (skór UPDRS, Hoehn-Yahr, zhodnocení vegetativních dysfunkcí). Průměrný věk respondentů byl 71 let, trvání Parkinsonovy nemoci 9,5 roku. Sexuálním aktivitám se věnovalo 70 % dotázaných.

Pro zjištění sexuálních funkcí byl použit Derogatisův dotazník (DISF-SR), který sestává z pěti subškál: sexuální fantazie, vzrušení, sexuální chování, dosahování orgasmu, sexuální touha. Autoři doplnili tento dotazník o další tři okruhy otázek týkající se sexuální spokojenosti, frekvence sexuální aktivity a důležitosti sexuálních aspektů života před a po stanovení diagnózy. Dále byl použit Mini-Mental State Exam, modifikovaná verze škála sociální opory (SSS), Sparierova škála pro hodnocení manželské spokojenosti (SDAS), Hamiltonova škála deprese a anxiety.

Výsledné skóry DISF-SR byly velmi nízké (65 % nemocných mužů se umístilo do 1. percentilu), v kontrastu s tím se však vyskytli dva muži, kteří skórovali velmi vysoko (88. a 95. percentil). Jeden z těchto mužů užíval pět různých antiparkinsonských léků, což bylo nejvíce ze všech zúčastněných.

Skór DISF-SR kladně korelovalo se současnou sexuální spokojeností, frekvencí současné sexuální aktivity a důležitostí nynějších sexuálních aspektů života, ale nikoli se stavem před stanovením diagnózy, z čehož autoři vyvozují, že sexuální funkce je velmi ovlivněna Parkinsonovou nemocí.

Nebyla zjištěna korelace mezi DISF-SR a tíží motorického postižení (UPDRS, H-Y), délkou trvání onemocnění, věkem, depresí, anxiétou, autonomní dysfunkcí ani dotazníky SSS a SDAS. Celkové skóre DISF-SR pacientů a jejich partnerek rovněž nekorelovaly. Nezjištění korelace sexuální funkce s depresí je v rozporu s výše uvedeným nálezem Jacobse a Vierregeho (2000), korelaci s věkem a tíží onemocnění uvádí Moore et al. (2002), stejně jako Bronnerová et al. (2004). Opět se tedy setkáváme s rozpornými výsledky jednotlivých výzkumů.

Bowron et al. (2004) se zaměřili na zjištění frekvence výskytu jednotlivých sexuálních dysfunkcí u 65 osob s Parkinsonovou nemocí. Byla použita Szaszova škála sexuálního fungování. Více než třetina osob identifikovala změnu svého sexuálního fungování v souvislosti s progresí onemocnění.

Byly zjištěny následující sexuální problémy: impotence, ztráta libida, hypersexualita, nedostatečná vaginální lubrikace narušení body image, změna rolí v páru. Nebyla zjištěna korelace s délkou trvání nemoci v souhlasu s výše uvedeným závěrem Yua et al. (2004), který je však odlišný od výsledků jiných výzkumů, jak bylo uvedeno výše. Za alarmující je možno považovat skutečnost, že 81 % osob, které uvedly, že mají nějaký sexuální problém, jej nikdy nediskutovalo s žádným z odborníků.

Posledním z výzkumů, publikovaných v témže roce jako předchozí tři zde citované, byl realizován pod vedením Castelliho (2004). Zaměřil se na sexuální spokojenost nemocných po hluboké mozkové stimulaci subthalamického jádra. Výzkumu se zúčastnilo 31 pacientů (21 mužů, 10 žen), kteří vyplnili dotazníky měsíc a posléze 9-12 měsíců po zákroku. Jednalo se o dotazník sexuální spokojenosti GRISS, Beckův dotazník deprese, dotazník úzkosti a úzkostlivosti STAI- X1 a X2. Nebyly zjištěny žádné modifikace sexuální spokojenosti u žen, zatímco muži byli po zákroku spokojeni signifikantně více, a pokud by byli posuzováni pouze muži mladší 60 let, bylo by zlepšení ještě markantnější. Autoři uvádějí jako vedlejší výsledek studie, že došlo ke zlepšení depresivních symptomů a anxiety.

Farmakologická a neurochirurgická léčba může způsobovat v některých případech kromě zmíněného snížení sexuální funkce a apetence také hypersexualitu, o čemž referoval již Uitti et al. (1989). Farmakologicky podmíněnou hypersexualitou se u nás zabýval Kaňovský a kol. (2002). Autoři popisují výskyt hypersexuálního chování a spontánních penilních erekcí (trvajících až dvě hodiny) po osmi týdnech od začátku léčby pergolidem. Doporučují v těchto případech snížení dávky medikace.

Mendez et al. (2004) publikovali kazuistickou studii popisující změnu sexuality šedesátiletého muže, kterému byla pro šestnáct let trvající Parkinsonovu nemoc provedena palidotomie. Jeho sexuální chování se velmi změnilo, začal vyžadovat orální sex od své manželky dvanáctkrát až třináctkrát denně, dělal sexuální návrhy manželčíným přítelkyním, trávil hodiny sledováním pornografie na internetu a jízdou v autě po městě, při které sháněl prostitutky. Nebyly u něj zaznamenány žádné změny kognitivních funkcí, byl plně orientovaný a při vyšetření úspěšně prováděl všechny požadované úkony. Jedinou změnou oproti stavu před zákrokem byla kromě sexuálních změn přítomnost hypománie, žádné jiné psychologické nálezy. Lékaři proto snížili dávky L-DOPA a pacient se do šesti měsíců navrátil ke svému obvyklému sexuálnímu chování.

Klos et al. (2005) zkoumali hypersexualitu u 15 pacientů užívajících agonisty dopaminu a v diskuzi podtrhuje nutnost provést výzkumy, které by zjistily prevalenci tohoto jevu, která není dosud známa.

V souvislosti s hypersexualitou upozorňuje Berger et al. (2004) na možný výskyt sexuálních deliktů u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Autoři zvolili rovněž kazuistický přístup a zabývali se případem 45letého muže s 20 let trvající Parkinsonovou nemocí, který po vysokých dávkách antiparkinsonik vykazoval hypersexuální chování a exhibicionismus.

Druhá kazuistika popisuje 57letého muže s 11 let trvajícím onemocněním, u kterého došlo k výraznému nárůstu libida a pedofilii orientované na chlapce. Autoři se domnívají, že tyto farmakologicky podmíněné projevy jsou důsledkem zvýšení sexuálních impulzů a snížení behaviorální kontroly.

Nutt a Hammerstad (1992) se zmiňují o tom, že hypersexualita může být rovněž důsledkem procesů směřujících k rozvoji demence.

V České republice dosud kromě studií o léčbě pergolidem neexistuje výzkum zabývající se sexuálním životem osob s Parkinsonovou nemocí.

Shrnutí výsledků výzkumů sexuality osob s Parkinsonovou nemocí :

- Byl zjištěn častější výskyt sexuálních dysfunkcí u mužů i žen s Parkinsonovou nemocí ve srovnání s kontrolními skupinami.
- U mužů s Parkinsonovou nemocí je nejčastější sexuální dysfunkcí erektilní dysfunkce a předčasná ejakulace, u žen nedostatečná vzrušivost a potíže s dosahováním orgasmu.
- Vlivem antiparkinsonské medikace se může objevit snížení libida a poruchy sexuálních funkcí i hypersexualita či spontánní penilní erekce.
- Hluboká mozková stimulace může zvýšit sexuální spokojenost.
- Dosud nebyl nalezen konsenzus, zda a nakolik ovlivňují sexualitu nemocných některé faktory související s onemocněním (například závažnost motorických symptomů, délka trvání onemocnění, deprese, anxieta, změny v partnerských vztazích).
- U mužů je sexualita více ovlivněna motorickými symptomy onemocnění, u žen spíše faktory psychologickými (deprese, anxieta).
- Většina nemocných se domnívá, že Parkinsonova nemoc a užívaná medikace narušuje jejich sexualitu.
- Komunikace nemocných o sexuálních problémech s odborníky je málo frekventovaná.
- Spokojenost se sexuálním životem klesá v souvislosti s onemocněním Parkinsonovou nemocí.
- U nemocných se objevuje odlišný vzorec sexuálního vzrušení a orgasmu.

2.4. Faktory ovlivňující sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí

Sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí má svá specifika, jak bylo výše uvedeno. Následující kapitola se zaměří na vybrané faktory, které jsou předpokládanými činiteli ovlivňujícími sexualitu nemocných. Ve shodě s aktuálním bio-psycho-sociálním paradigmatem bude pro přehlednost použito dělení faktorů na tyto tři skupiny.

2.4.1. Biologické faktory

Je třeba mít na zřeteli, že Parkinsonova nemoc postihuje především osoby vyššího věku, což má své biologické konsekvence.

Normální sexuální funkce vyžadují neporušené anatomické struktury, včetně autonomních (majících vztah ke krevnímu tlaku, tepové frekvenci, změně velikosti cév, pocení atd.), senzorických a motorických systémů, správný přívod tepenné a žilní krve, vyvážený hormonální profil a zdravý emoční stav. Věkem podmíněné změny většiny orgánových soustav mohou způsobit určité zhoršení sexuálních funkcí. Mezi tyto věkem podmíněné změny patří postupné snížení a zpomalení reakční rychlosti ve všech fázích sexuálního cyklu. Tento proces je urychlen, pokud je se stárnutím sdruženo chronické onemocnění (Bronner, 2002). S postupujícím věkem se může primární onemocnění komplikovat dalšími diagnózami.

Nyní k biologickým faktorům specifickým pro Parkinsonovu nemoc, k nimž lze zařadit především motorické a vegetativní symptomy onemocnění a jeho farmakologickou léčbu.

Hybné projevy mohou pochopitelně komplikovat sexuální aktivitu. Rigidita, obtížný začátek pohybu, zpomalení pohybů a zejména třes se mohou projevit velmi nepříjemně. Intenzita třesu se zvyšuje se vzrušením. Dyskinézy mohou komplikovat pohlavní aktivitu v době maximálního činku L-DOPY. Podobně poruchy vegetativního nervstva, např. závratě při náhlé změně polohy těla, pocení, obtížnější kontrola moče, se někdy projevují negativně (Rektor, Pohanka, 2001).

Zmíněné motorické symptomy (rigidita, tremor, bradykineze) mohou ztěžovat spontaneitu a pohyb při sexuální aktivitě, pacienti mohou být pasivnější a mohou vnucovat aktivní roli svým partnerům.

Maskovitá tvář bez může být partnery vykládána jako nedostatek sexuálního zájmu. Vegetativní projevy jako slinění a nadměrné pocení mohou přispívat k nízkému mínění o sobě a své výkonnosti a také jsou partnery vnímány jako nepřitažlivé. Motorické a vegetativní symptomy mohou být v souvislosti s poruchami spánku důvodem, proč si některé páry oddělí lůžka, a sníží tak možnost intimních doteků a sexuální aktivity (Bronner, 2002).

Nutt et al.(1992) uvádí kromě výše uvedených vegetativních symptomů také sníženou vaginální lubrikaci a střevní poruchy.

Je třeba zmínit rovněž stěžejní úlohu dopaminergní transmise v centrálním řízení mužských sexuálních funkcí. Kromě bazálních ganglií byl u Parkinsonovy nemoci popsán defekt dopaminergní transmise například i v oblasti hypothalamu, o kterém je známo, že více než s motorikou souvisí s vegetativními funkcemi, včetně sexuálních (Pohanka, Kaňovský, 2004).

O vztahu dopaminu a sexuálního chování bylo publikováno několik odborných článků, například Melisea, Argiolas (1995), či Fabre-Nysa et al. (2003), kteří se věnovali vlivu dopaminu na sexualitu žen a zjistili, že dopamin kontroluje ženské sexuální chování bifázickým způsobem: dochází k nárůstu sexuální motivace a vnímavosti vedoucí ke zvýšení aktivity v iniciační fázi, která je následována jejím poklesem ve fázi následné.

Farmakologická léčba má také značný vliv na sexualitu nemocných osob. Pacienti nejčastěji užívají preparáty obsahující L-DOPA a agonisty dopaminu. Vliv L-DOPA na sexuální funkce 13 osob s Parkinsonovou nemocí zkoumali již Uitti et al. (1989), kteří zjistili po jisté době od zahájení užívání medikace zlepšení sexuálních funkcí u všech osob. Nenalezli žádnou korelaci mezi zlepšením v sexuální oblasti a motorickým zlepšením.

V souvislosti s L-DOPA se nejčastěji hovoří o zvýšení libida až hypersexualitě, u dopaminových agonistů také o spontánních penilních erekcích (viz výše). Avšak, jak již bylo uvedeno, například Beier (2000) našel jak zvýšení, tak snížení sexuální aktivity v souvislosti s antiparkinsonickou medikací, dokonce s převažujícím snížením.

Pacienti s Parkinsonovou nemocí však často užívají rovněž léky ovlivňující krevní tlak, psychofarmaka (nejčastěji antidepresiva) a různé hormonální preparáty, které mají vliv na sexuální funkce. Přehled farmak, u nichž byl prokázán vliv na sexuální funkce, uvádí například Mooradian (1991). Jedná se o léky pro snížení vysokého tlaku (beta-blokátory), psychofarmaka (tricyklická antidepresiva, neuroleptika), hormonální preparáty, cytostatika, anorektika aj. Osob s Parkinsonovou nemocí se týká především užívání antidepresiv.

2.4.2. Psychologické faktory

Mezi nejdůležitější faktory ovlivňující sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí lze zařadit stres, depresi, anxiету, ztrátu sebedůvěry, narušení body image, výskyt halucinací, kognitivní změny.

Probíhající zápas s chronickým onemocněním a emoční krize, která nemoc provází, znamená pro pacienty chronickou neodstranitelnou únavu a stres. Stres společně s depresí může být jednou z příčin snížení sexuální touhy a obtíží při reakci na sexuální stimulaci. Dokonce i pacienti s mírnější depresí ztrácejí zájem o sexuální aktivity a je velmi těžké je sexuálně vzrušit. Emoční změny mohou být jednou z příčin malé sexuální touhy a obtíží při reakci na sexuální stimulaci. Deprese, stres a únava mohou sexualitu hluboce narušit. (Bronner, 2002). Souvislost deprese a sexuální dysfunkce prokázala většina výše citovaných výzkumů.

Anxieta je velmi důležitá v etiologii sexuálních dysfunkcí. Úzkost velmi ovlivňuje veškeré sexuální aktivity a vědomí chronického onemocnění může evokovat obavy z výkonu během sexuálního aktu, které snižují sexuální vzrušení. Pacienti se často obávají, že léčba negativně ovlivní jejich sexuální funkce a že sexuální aktivita sama o sobě má negativní vliv na jejich zdravotní stav.

Pro některé nemocné je rovněž velmi obtížná adaptace na roli pacienta a těžce se vyrovnávají s předsudky okolí o tom, že pacient s tímto onemocněním musí být asexuální (Leiblum, Rosen, 1988).

V souvislosti se změnami vzhledu (viz výše) i kompetencí se objevuje snížení sebevědomí, pocity méněcennosti a změny vnímání tělového schématu (body image). Změny body image samozřejmě nejsou vždy přímo úměrné fyzickým změnám vzhledu. Jednou z dimenzí je to, zda je změna viditelná či nikoli, avšak někdy se pacient cítí onemocněním velmi stigmatizován, přestože změny, které může okolí registrovat, jsou velmi nepatrné.

Stupeň narušení body image závisí především na přesvědčení a pocitech každého pacienta, na váze, kterou přikládá fyzické kráse, na tom, do jaké míry vnímá onemocnění jako stigmatizující. Důležitý je také přístup partnera a jeho reakce na onemocnění, které ovlivňují sebevědomí nemocného (Schover, Jensen, 1988).

Jestliže se pacient necítí být akceptován jakožto plně funkční osoba, jestliže jsou na něj upírány pohledy plné lítosti, přátelé a rodina jsou příliš laskaví a pečují o něj jako o křehkou panenku, pro pacienta je obtížné cítit se sexuálně atraktivní (Schover, Jensen, 1988).

O farmakologicky podmíněných halucinacích a bludech bylo již pojednáno, tyto však mohou mít sexuální charakter, což může velmi ovlivnit partnerský sexuální život. Nemocný je nejčastěji přesvědčen, že jeho partner má tajnou milostnou aféru, nebo že nepřetržitě masturbuje. Někteří pacienti mají halucinace, v nichž jejich partner provádí sexuální aktivity s lidmi či zvířaty. Tyto halucinace se mohou objevit u nemocného, jehož myšlení je jinak přiléhavé. Halucinace a bludy jsou velmi obtěžující pro nemocné i jejich partnery a bývají řešeny snížením dávky medikace, které však často vede k nepříjemnému zhoršení motorické symptomatiky. Protože halucinace a bludy se nejčastěji vyskytují v průběhu noci, pomůže některým pacientům zvýšení spánku (Nutt et al., 1992).

Komplikací pokročilého stadia onemocnění bývá kognitivní deficit. Drobné kognitivní poruchy jsou častým příznakem již časných Parkinsonových nemocí. Jedná se o poruchy exekutivních funkcí, které zajišťují správné naplánování, iniciaci, udržení pozornosti a monitorování prováděného úkonu za účelem dosažení určitého specifického cíle. Prefrontální syndrom se projevuje nejen poruchou motoriky a kognitivní poruchou, ale i behaviorálními symptomy. V rámci tohoto syndromu jsou přítomny poruchy exekutivních funkcí, desinhibiční chování, apatie a snížení zájmu. Některé studie ukazují, že časná selektivní frontální dysfunkce má prediktivní hodnotu pro rozvoj demence (Rektor, 2004). Veškeré tyto projevy velmi ovlivňují sexualitu nemocných.

2.4.3. Sociální faktory

Sociální faktory související s Parkinsonovou nemocí ovlivňují velmi životy nemocných i jejich sexualitu. Důležitým sociálním činitelem je přístup společnosti k nemocným. Stále se objevuje sociální mýtus, že sex je pro mladé a zdravé, což vede k tomu, že mnoho nemocných rezignuje na sexuální sféru.

V souvislosti s postojem okolí k sexualitě nemocných je podstatný přístup zdravotnických profesionálů a pečovatелů. Mnoho pacientů referuje o tom, že je s nimi zacházeno jako „v rukavičkách.“ Někteří pociťují určité stigma fragility, která je jim přisuzována vzhledem k jejich nemoci (Wincze, Carey, 1991).

Někteří pacienti hovoří také o ztrátě soukromí během hospitalizace či v důsledku své závislosti na osobách, které o ně pečují. Je paradoxem, že je toto právo mnoha nemocným upíráno, přestože i vězni mají právo na takzvané „manželské návštěvy.“ (Leiblum, Rosen, 1988).

Chronické onemocnění s sebou také často přináší finanční zátěž a je třeba mu věnovat mnoho času (dojíždění za specialistou, užívání medikace a práce s pomůckami, delší čas potřebný k provádění běžných úkonů a zvýšená potřeba odpočinku...). Nemocným většinou zbývá velmi málo času na další aktivity včetně sexuálních (Wincze, Carey, 1991).

Většina pacientů s Parkinsonovou nemocí, kteří jsou v produktivním věku, je nucena zanechat svého zaměstnání a odejít do invalidního důchodu. Tato skutečnost často přináší změnu kompetencí a rolí v rodině či partnerském vztahu a může se negativně odrazit v intimním životě jak prostřednictvím snížení sexuálního sebevědomí, tak formou negativních pocitů partnera vůči nemocnému. Většina nemocných je také na svém partnerovi velmi závislá, což ztěžuje jejich vnímání sebe sama jakožto sexuální bytosti (Bassonová, 1996).

2.4. Nejčastější sexuální dysfunkce u Parkinsonovy nemoci

Jedním z důležitých předpokladů uspokojivého sexuálního života je celkově dobrý zdravotní stav. Je pochopitelné, že při každém těžkém onemocnění se dostaví poruchy libida a pak následuje u muže porucha erektivity a u ženy porucha orgasmu. Sexuální funkce je v takové situaci luxusní a organismus potřebující sílu na vypořádání se s nemocí ji vysadí. Ostatní funkce jsou k životu nezbytné a jejich vysazení není možné (Pondělíčková- Mašlová, 1986).

Jak bylo uvedeno, mezi nejčastější sexuální dysfunkce mužů s Parkinsonovou nemocí patří erektilní dysfunkce a předčasná ejakulace. U žen se lze setkat především s potížemi se vzrušivostí a dosahováním orgasmu. U obou pohlaví bývá pak často přítomno snížení sexuální apetyce v souvislosti s onemocněním. Na všech těchto problémech se v různé míře podílejí výše uváděné faktory.

Poruchy erekce spočívají v chybějícím, nedostatečném nebo nespolehlivém ztopoření mužského pohlavního údu, které znemožňuje nebo znesnadňuje uskutečnění soulože. Buď se erekce při přípravě k souloži vůbec nedostaví, nebo s v kritickém okamžiku před imisí či krátce po ní rozplyne (Kratochvíl, 1999).

Porucha ztopoření může být zcela izolovaná, ve většině případů se však jedná o kombinaci poruch ztopoření s dalšími sexuálními problémy, především se sníženou sexuální touhou, sníženou vzrušivostí nebo s předčasnou ejakulací. Rozlišujeme poruchy erekce úplné a neúplné. Při úplné poruše je tvrdost pohlavního údu nedostatečná za všech okolností. Tedy také erekce spontánní, noční, ranní a erekce masturbační. Neúplné poruchy erekce jsou v klinické praxi mnohem častější. Zatímco u kompletní poruchy erekce není zpravidla o organicitě pochyb, nekompletní dysfunkce jsou typicky multifaktoriální povahy (Weiss, 2001).

Beneš (2004) uvádí konceptuální model faktorů působících v etiologii erektilní dysfunkce. Model zahrnuje faktory sociální, psychologické, oběhové, vazivové, neurologické a toxické. Mezi psychogenní příčiny erektilních dysfunkcí patří například anticipační úzkost, výkonová orientace, negativní reakce partnerky na ojedinělé selhání, pozorovatelský postoj, monotonie sexuálního styku, narušená párová komunikace, patologické psychické stavy (Weiss, Urbánek, Kozmíková, 1997).

Ve starších věkových skupinách téměř polovina mužské populace čas od času selhává při pokusu o pohlavní spojení. U mužů s Parkinsonovou nemocí však výsledky většiny výzkumů udávají signifikantně větší výskyt poruch erekce oproti kontrolní skupině.

Kategorie předčasné ejakulace (*ejaculatio praecox*) zahrnuje širokou škálu krátkého trvání pohlavních styků, kterou nelze bez výhrad chápat jako sexuální dysfunkci. Nepochybným defektem sexuální fyziologie je překotná ejakulace. Při tomto stavu dochází k výronu semene někdy již při pokusu o imisi, jindy při zavádění pohlavního údu do pochvy nebo po několika kopulačních pohybech. Aby tato dysfunkce byla plně vyjádřena, musí k překotné ejakulaci docházet při častých stycích a při pohlavních stycích opakovaných. Neurofyziologické studie ukazují podmíněnost rychlosti ejakulace rychlostí vedení vzruchů periferními nervy (Zvěřina, 1992).

Kockott a Fahrnerová (2000) uvádějí, že přechody mezi rychlým, avšak nerušeně prožívaným pohlavním stykem a předčasnou ejakulací jsou plynulé, preferují proto vymezení předčasné ejakulace jako poruchy, při níž pacient nemá či téměř nemá kontrolu nad časovým průběhem svého ejakulačního procesu. Pro diagnostiku jsou také důležitá kritéria subjektivní spokojenosti a vlastního hodnocení problému mužem a jeho partnerkou.

U žen s Parkinsonovou nemocí byl zaznamenán častější výskyt nízké sexuální vzrušivosti sekundárního charakteru. Obecně se jedná o velmi častou dysfunkci. Vyskytuje se u žen všech věkových kategorií. Hlavním praktickým problémem žen s těmito obtížemi je nedostatečné uvolnění pochvy a suchost poševní sliznice. To pochopitelně činí obtížným koitus, vede k dyspareunii až algopareunii a porucha se tak zpětně posiluje (Zvěřina, 1992).

Wincze a Carey (1991) se vyjadřují k etiologii snížené sexuální vzrušivosti u žen a konstatují, že se na ní podílí neurologické, vaskulární, hormonální, emocionální i kognitivní faktory. Ženy s Parkinsonovou nemocí mají často potíže s dosahováním orgasmu. Je známou skutečností, že orgasmus ženy je mnohem zranitelnější různými situačními a zevními vlivy než orgasmus mužů. Řada anorgasmií a potíží s dosahováním orgasmu má sekundární povahu. Nejčastějším zdrojem takové dysfunkce jsou endogenní deprese.

Orgasmus je především emoce, tedy centrální funkce. O jeho prožitkové kvalitě však do značné míry rozhodují periferní projevy, především klonické a tonické stahy svalů pánevního dna (Zvěřina, 1992). Potíže nemocných žen s dosahováním orgasmu mohou být způsobeny například špatnou inervací klitorisu v důsledku onemocnění.

Snížení sexuální apetence se objevuje v souvislosti s Parkinsonovou nemocí u obou pohlaví. Obdobně jako u dalších dysfunkcí zde hraje roli mnoho biologických, psychologických i sociálních faktorů, které jsou důsledkem onemocnění. Pozornost si zaslouží fakt, že zatímco ve zdravé populaci je udáván častější výskyt snížené sexuální apetence u žen, ve výběrových souborech osob s Parkinsonovou nemocí není pravděpodobně mezi pohlavími rozdíl (Beier et al., 2000).

Příčinou snížení sexuálního zájmu může být deprese, hormonální poruchy, užívání psychofarmak, sociálně psychologické vlivy. Je také prokázáno, že dlouhodobá nezaměstnanost vede u mužů ke snížení sexuálního zájmu. Snížení sexuální potřeby může vést k dalším sexuálním dysfunkcím. U mužů především k poruchám erektce a k retardované ejakulaci či k anejakulaci, u žen hlavně k poruchám vzrušivosti či orgastické schopnosti a následně i k dyspareuniím a algopareuniím (Weiss, 2002).

Problematika sexuální apetence u Parkinsonovy nemoci je však vzhledem k protichůdným účinkům různých léků velmi komplikovaná a jsou zaznamenány rovněž případy zvýšené sexuální apetence v důsledku medikamentózní léčby (viz výše).

2.5. Léčba sexuálních dysfunkcí u Parkinsonovy nemoci

Léčba sexuálních dysfunkcí je multidisciplinární a měli by na ní participovat neurologové, internisté, endokrinologové, urologové, sexuologové, psychologové a psychiatři (Nutt et al., 1992).

Taktéž Segraves a Balon (2005) ve své publikaci o sexuálních dysfunkcích opakovaně preferují terapii, která kombinuje více možných přístupů. V posledních letech se cíle terapie poněkud mění v tom smyslu, že pacienti již neočekávají úpravu fyziologie, ale celkového sexuálního vztahu (Beneš et al., 2004).

Před zahájením léčby sexuálních problémů osob s Parkinsonovou nemocí je podle Beiera et al. (2000) třeba zodpovědět následující otázky:

- Existuje souvislost sexuálních obtíží s onemocněním, nebo se problémy objevily již před stanovením diagnózy?
- Existuje souvislost s Parkinson-specifickými symptomy?
- Existuje souvislost s antiparkinsonickou či jinou farmakoterapií?
- Existuje souvislost s nejasnostmi nebo rozdílnými představami v partnerském vztahu?

Po zodpovězení těchto otázek se mohou terapeutická opatření konkretizovat. Nejčastěji se vztahují především k těmto čtyřem aspektům:

- Ovlivnění Parkinson-specifických symptomů, pokud tyto mají negativní vliv na sexuální prožívání a reagování
- Změna aktuální medikace pokud se lze domnívat, že má negativní vliv na sexualitu
- Ovlivnění partnerského vztahu, pokud jsou mezi partnery rozdílná a především nevyjádřená očekávání
- Zvážení, zda přichází v úvahu aplikace farmak či pomocných prostředků

Pokud je příčinou sexuální dysfunkce večerní a noční akineze, je s výhodou časovat sexuální aktivity na období dobré hybnosti při optimálním efektu léčby. Jinak je možno zvýšit trvale nebo jednorázově dopaminergní stimulaci přidáním agonisty dopaminu nebo L-DOPA (Růžička et al., 2000).

Pacienti se mohou nejprve pokusit ovlivnit situaci vlastními prostředky. Měli by uvážit, kdy je nejlepší doba a jaká je nejvhodnější poloha pro pohlavní akt. Obvykle je to v době, kdy je stav nemocného optimální. Může to například znamenat posun pohlavních aktivit z večera na ráno. Zdravý partner by si měl uvědomit, že by měl být aktivní před i po vlastním aktu. Může to například znamenat, že zaujme polohu nahoře (Rektor, Pohanka, 2001).

Co se týče poruchy potence, je třeba v první řadě vyloučit endokrinní poruchy a zaměřit se na medikaci, neboť mnoho běžně užívaných léků navozuje impotenci. Z endokrinních příčin pátráme po diabetu, vyšetřujeme funkci štítné žlázy a sérové hladiny prolaktinu a testosteronu. Nutné je dále urologické vyšetření a psychologická vyšetření, neboť velmi častou a často opomíjenou příčinou sexuální dysfunkce je deprese. U některých pacientů sexuální dysfunkce souvisí s anxiétou a stresem, zde je nutné nasadit nízkou dávku anxiolytik (Rektor, Rektorová, 1999). Jak však upozorňuje Růžička et al. (2000), většina anxiolytik a některá antidepresiva mají sedativní efekt a působí snížení sexuální apetence i erektivní schopnosti.

Pokud je erektivní dysfunkce podmíněna primárně psychogenními faktory, nabízí se různé formy psychoterapie, například racionální, dynamická, tréninková, hypnoterapie (Kratochvíl, 2003).

U poruch erekce se také uplatňují speciální farmaka (např. sildenafil, apomorfin, pergolid). Slibné výsledky s užitím sildenafilu u mužů s Parkinsonovou nemocí trpících erektivní dysfunkcí publikovala Zesiewicz et al. (2000). Novější výzkum, který provedl Raffaele et al. (2002), ukázal zlepšení erektivní dysfunkce po podání sildenafilu u 85 % pacientů s Parkinsonovou nemocí a rovněž zmírnění depresivní symptomatiky u 75 % z nich.

Dále je možno poruchy erekce ovlivňovat pomocí intrakavernózních injekcí vazoaktivních látek, podtlakových erektorů a krajním řešením bývá chirurgický zásah.

Předčasná ejakulace může být odstraněna pomocí snížení celkové dráždivosti farmaky či snížení lokální dráždivosti aplikací anestetizujících prostředků na glans penis. Pokud je příčina primárně psychologická, je na místě psychoterapie. V každém případě je možno využít funkcionálního tréninku k oddálení ejakulačního reflexu (Kratochvíl, 2003). Při Parkinsonově nemoci může však být tato dysfunkce rovněž podmíněna neurologicky.

Terapie nízké sexuální vzrušivosti a poruch dosahování orgasmu u žen spočívá především v psychoterapii a ve snaze po odstranění všech rušivých faktorů. Největším problémem selektivních frigidit bývá otevřeně nebo skrytě konfliktní vztah k partnerovi, larvovaná deprese, neurotické projevy. Důležitou cestou k sexuálnímu vzrušení jsou sexuální sny a fantazie, stejně jako autoerotika. V párové terapii je třeba dbát na to, aby dvojice docenila nekoitální formy erotické interakce (Zvěřina, 1992). Podle Kratochvíla (2003) se v těchto případech doporučuje také trénink svalstva pánevního dna.

Beier (2000) upozorňuje na to, že častým problémem těchto žen je snížená lubrikace, kterou doporučuje řešit užíváním lubrikačních gelů a hormonální terapií.

Co se týče poruch sexuální apetence, je jejich častou příčinou depresivní stav, hormonální poruchy, zátěž spojená s onemocněním, léky. Sekundární snížení apetence u mužů může být také důsledkem jiné sexuální dysfunkce (jakožto reakce na neúspěšnost v pohlavním životě), nízké aktivity dopaminergních regulací a vysoké hladiny prolaktinu. Léčba se proto musí řídit předpokládanou etiologií (Zvěřina, 1992).

Bronnerová (2002) publikovala přístup, který je užíván v sexuologickém poradenství osobám s Parkinsonovou nemocí v Jednotce pohybových poruch při Souraski Medical Center v Tel Avivu. Sexuální léčba je založena na „koitálně-extrakoitálním“ přístupu, který nabízí speciální koncepci sexuální „flexibility.“ Každý pár může zvolit koitální aktivity nebo extrakoitální aktivity, které nejsou provázeny penetrací penisu do vaginy. Získaná sexuální flexibilita umožňuje párům zvýšit sexuální uspokojení, intimitu a sebedůvěru a snížit úzkost a napětí v manželských vztazích.

U mnoha pacientů byla účinná krátkodobá terapie (2-4 sezení) a 80 % pacientů léčených tímto způsobem bylo spokojeno, přestože pouze polovina z nich udávala zlepšení sexuálních funkcí. Vysokou úroveň spokojenosti lze vysvětlit zvýšeným uspokojením a dosažením větší blízkosti. Tato terapie je velmi důležitá, protože fyzické a emoční změny u Parkinsonovy nemoci i léčba této nemoci mají dramatický účinek na sexuální funkce pacientů i jejich partnerů. Protože sexuální dysfunkce je spojena s nízkou sebedůvěrou, depresí a napětím v manželství, ovlivňuje negativně kvalitu života pacientů i jejich rodin.

Problematika sexuálního zdraví by měla být začleněna do komplexní léčby pacientů s Parkinsonovou nemocí. Intervence zahrnuje poskytnutí informací, rozpoznání sexuálních potřeb pacientů a jejich partnerů, umožnění sdělení potíží a v případě potřeby doporučení k odborníkovi (Bronnerová, 2002).

2. 7. Sexuální život partnerů osob s Parkinsonovou nemocí

Publikační činnost v oblasti sexuality partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí čítá ještě výrazně méně zdrojů než je tomu v případě sexuality osob s Parkinsonovou nemocí.

Lze předpokládat, že na sexualitu partnerů osob s Parkinsonovou nemocí má vliv celá řada biologických, psychologických i sociálních faktorů, které souvisejí s onemocněním jejich partnera či partnerky a s jejich vyrovnáváním se s touto situací.

Život s partnerem, který má Parkinsonovu nemoc, je nepochybně značně náročný a ovlivňuje všechny aspekty života celé dvojice včetně sexuálních. Některé z těchto aspektů souvisejících s Parkinsonovou nemocí mohou mít na sexuální život obou partnerů přímý vliv, jiné zprostředkovaný. V zahraničí bylo v této souvislosti dosud realizováno několik výjimečných studií věnujících se této závažné problematice.

Patrně nejdůkladnější studii na toto téma publikoval Beier (2000). Autor se zajímal o změny v sexualitě partnerů a partnerek nemocných. U obou skupin došlo k výraznému zvýšení četnosti funkčních sexuálních poruch, přičemž tyto změny byly větší u partnerek.

U partnerů se po stanovení diagnózy jejich partnerek objevily poruchy sexuální apetence (před stanovením diagnózy uvedlo poruchu sexuální apetence 2 % partnerů, po stanovení 16 %), poruchy sexuálního vzrušení (před stanovením diagnózy 5 %, po stanovení 19 %), poruchy dosahování orgasmu (před stanovením diagnózy 1 %, po stanovení 17 %), předčasná ejakulace (před stanovením diagnózy 6 %, po stanovení 5 %).

U partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí se dle Beiera (2000) projeví poruchy sexuální apetence (před stanovením diagnózy 4 %, po stanovení 29 %), poruchy sexuálního vzrušení (před stanovením diagnózy 7 %, po stanovení 27 %), poruchy dosahování orgasmu (před stanovením diagnózy 6 %, po stanovení 31 %).

Co se týče změny v partnerských vztazích, u mužů se projeví nejmarkantnější změny v oblasti vnímání odtazivosti partnerky, snížení frekvence partnerských něžností a menší naplnění sexuálních potřeb. U nemocných žen tomu bylo obdobně, pouze se projevil výraznější rozdíl ve vnímání odtazivosti partnera před a po stanovení diagnózy.

Partnerky nemocných mužů uvedly nejvýraznější změnu v naplnění sexuálních potřeb a důležitosti pohlavních styků. Partneři uvedli rovněž jako nejmarkantnější tyto změny, avšak změny nebyly tolik výrazné. U obou pohlaví došlo rovněž v souvislosti se stanovením diagnózy Parkinsonovy nemoci ke zvýšení četnosti výskytu strachu z očekávání v sexuální oblasti, což představuje dle autora velké ohrožení partnerské intimity (Beier, 2000).

Jacobs a Vierrege (2000) zjistili v rámci svého výzkumu partnerských vztahů a sexuality osob s Parkinsonovou nemocí menší spokojenost s partnerským vztahem oproti kontrolní skupině. O svých sexuálních problémech hovořilo se svým partnerem či partnerkou pouze 34 % nemocných, což může mít dle autorů velmi negativní vliv na sexualitu celého páru.

Sexualitě partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí se ve své studii věnovala také Bassonová (1996). Autorka shledala dokonce větší přítomnost sexuálních dysfunkcí u partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí než u nemocných žen.

Sexuální potíže partnerek rezultovaly z partnerových motorických symptomů typu rigidity, třesu či zhoršení jemné motoriky při poskytování sexuální stimulace, nových (negativních) pocitů z jeho rigidního těla, „olejovitého“ vzhledu tváře, líbání se s partnerem trpícím excesivním sliněním, spánku v oddělených místnostech z důvodu nočních motorických obtíží partnera atp. Toto vše významně redukovalo sexuální vzrušení partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí a vytvářelo u nich pocity psychického napětí.

Podle publikovaných klinických zkušeností Rektora a Pohanky (2001) by pacienti s Parkinsonovou nemocí a jejich partneři měli uvážit, kdy je nejlepší doba a jaká je nejvhodnější poloha a technika pro pohlavní akt. Obvykle je to v době, kdy je stav nemocného optimální. Tato skutečnost s sebou například může přinášet posunutí pohlavních aktivit z večera na ráno. Zdravý partner by si měl uvědomit, že by měl být aktivní před i při vlastním aktu. Může to například znamenat, že zaujme polohu nahoře. Autoři zdůrazňují, že partneři by měli především případné sexuální problémy co nejdříve konzultovat se svým ošetřujícím lékařem a následně se sexuologem.

Bronnerová (2002) upozorňuje především na možný nesoulad v sexuální apetenci nemocných a jejich partnerů v souvislosti s farmakologickou léčbou osob s Parkinsonovou nemocí, která může vyvolat nadměrné zvýšení sexuální potřeby. Autorka poukazuje na komplexní podmíněnost kvality sexuálního života páru, v němž jedna z osob trpí Parkinsonovou nemocí.

Bronnerová (2002) připomíná v této souvislosti vlivy anatomické, fyziologické, motorické a velkou pozornost věnuje vlivům psychologickým. Probíhající zápas s chronickým onemocněním a emoční krize, které mohou nemoc provázet, znamená pro pacienty i pro ty, kdo o ně pečují, chronickou neodstranitelnou únavu a stres.

Sexuální aktivita, která by mohla být oběma partnery označena za uspokojující, rovněž často brání změna rolí, možná nepřítažlivost nemocného partnera v důsledku onemocnění Parkinsonovou nemocí (hypersalivace, zvýšené pocení, maskovitá tvář), oddělení lůžek v důsledku spánkových obtíží nemocného.

Autorka také uvádí, že dle jejích klinických zkušeností se v souvislosti se sexuálním životem objevují u partnerů a partnerek osob s Parkinsonovou nemocí pocity odmítání a uraženosti, jestliže je jejich partneři sexuálně ignorují. Na druhé straně osoby s Parkinsonovou nemocí se mohou vyhýbat pokusům o sexuální sblížení ze strachu z odmítnutí nebo selhání, o čemž se zmiňuje také Beier (2000).

Souraski Medical Center v Tel Avivu a Jednotka pohybových poruch nabízí dle Bronnerové (2002) pacientům a jejich partnerům komplexní sexuální terapii založenou kromě jiného na “ koitálně-extrakoitálním přístupu.”

Dosud nejnovějším výzkum problematiky sexuality osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerů publikoval tým autorů Goecker, Rösing a Beier (2006). Ti uvádějí významné snížení sexuální spokojenosti partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí. Podle citovaných autorů, kteří realizovali výzkum této problematiky, uvádělo před stanovením diagnózy spokojenost se svým sexuálním životem 90 % dotázaných, zatímco po stanovení diagnózy pokleslo toto procento pod 60 %.

V rámci této studie Goeckera, Rösinga a Beiera (2006) bylo dále zjištěno, že partneři a partnerky uvádějí symptomy Parkinsonovy nemoci svých partnerek a partnerů jako nejvýznamnější faktor ovlivňující jejich sexuální život. Autoři kladou však také značný důraz na důležitost partnerské komunikace a preferují holistický přístup k partnerské dvojici, který je primárně zaměřen na pozitivní ovlivnění kvality partnerského vztahu.

Ze všech výše uvedených studií vyplývá, že psychologické faktory se zdají být početnou skupinou faktorů, která významným způsobem ovlivňuje sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů.

3. Empirická část

3.1. Cíle výzkumu

Cílem empirického zkoumání na relativně široké populaci osob s Parkinsonovou nemocí a jejich sexuálních partnerek a partnerů je především přispět k poznání jejich sexuálního života a podnítit další výzkum v této oblasti. Téma neustále nabývá na aktuálnosti v důsledku nárůstu průměrného věku obyvatelstva vyspělých zemí (a tím i počtu osob s touto diagnózou) a dále také s rostoucí snahou o zlepšení péče o tyto nemocné a přispění ke zvýšení kvality jejich života i života jejich blízkých.

Tato práce se snaží především o popis nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí, a o stanovení míry jejich vlivu. Důraz je kladen především na faktory psychologické. Smyslem rigorózní práce je charakterizovat sexuální funkce a sexuální prožívání nemocných a jejich sexuálních partnerek a partnerů.

S ohledem na relevantní literaturu spočívají cíle empirické části této rigorózní práce v ověření následujícího:

- 1) Zda existují rozdíly v míře deprese, úzkosti a úzkostnosti mezi muži a ženami s PN
- 2) Které vybrané faktory jsou ve vztahu se sexuální nespokojeností (vyjádřenou dotazníkem GRISS) u mužů a žen s Parkinsonovou nemocí
- 3) Jaký je vliv vybraných faktorů na sexuální nespokojenost osob s Parkinsonovou nemocí
- 4) Zda existují rozdíly v míře deprese mezi sexuálními partnerkami a partnery osob s PN
- 5) Jaká je míra korelace mezi sexuální nespokojeností (GRISS), kvalitou sexuálních funkcí (FSFI, IIEF) a depresivitou (BDI-II) v souborech partnerek a partnerů osob s PN

- 6) Existuje-li rozdíl v sexuální nespokojenosti (GRISS) mezi souborem partnerek a partnerů osob s PN

Výzkumů, které se zabývají touto problematikou, je v zahraničí velmi málo, v České republice prozatím nebyla provedena žádná systematická studie. Jak však již vyplynulo z výsledků několika zahraničních výzkumů uvedených v teoretické části práce, na podílu jednotlivých faktorů a míře deteriorace sexuálních funkcí osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů dosud neexistuje konsenzus, což přímo vybízí k dalšímu zkoumání.

3.2. Charakteristika souboru

Soubor nemocných Parkinsonovou nemocí tvořily 103 osoby, které se zúčastnily čtrnáctidenních rekondičních pobytů v průběhu roku 2006. Celkem bylo osloveno 117 osob, 14 osob neodevzdalo dotazníkovou baterii. Jednotlivé charakteristiky souboru jsou uvedeny v tabulce č.7.

Soubor partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí tvoří 84 osob. Na základě registru Společnosti Parkinson byli partneři a partnerky osob s Parkinsonovou nemocí pro účely výběru zařazeni do dvou seznamů dle pohlaví a byla jim přidělena číselná identifikace. Na základě matematické funkce náhodných čísel bylo generováno 50 číselných identifikátorů žen a stejný počet identifikátorů mužů. Těmto byly poté zaslány dotazníkové baterie se žádostí o jejich vyplnění a zpětné zaslání, přičemž bylo v průvodním listu zdůrazněno zachování anonymity a použití výsledků pro účely rigorózní práce. Dotazník zaslalo zpět 43 partnerek a 41 partnerů nemocných osob. Charakteristiky souboru viz tabulka č. 8.

Tabulka č.7- Charakteristiky souboru osob s PN

| | | |
|------------------------|------------------|---------|
| Pohlaví (%) | Muži | 52, 4 % |
| | Ženy | 48, 6 % |
| Věk (roky) | AM | 65, 12 |
| | SD | 8, 22 |
| | ZŠ | 4, 9 % |
| Vzdělání (%) | UO | 36, 9 % |
| | SŠ | 44, 7 % |
| | VŠ | 13, 6 % |
| Zaměstnání (%) | Zaměstnán/a | 4, 9 % |
| | Nezaměstnán/a | 0, 0 % |
| | Důchod starobní | 87, 4 % |
| | Důchod invalidní | 7, 8 % |
| Náboženské vyznání (%) | Ano | 11, 7 % |
| | Ne | 88, 3 % |
| Bydliště (%) | Do 100 000 ob. | 16, 5 % |
| | 10- 50 000 ob. | 35, 0 % |
| | 50- 100 000 ob. | 15, 5 % |
| | Nad 100 000 ob. | 33, 0 % |
| Stav (%) | Svobodný/á | 1, 9 % |
| | Ženatý/vdaná | 60, 2 % |
| | Rozvedený/á | 24, 3 % |
| | Vdovec/vdova | 13, 6 % |
| Počet dětí (%) | 0 | 1, 9 % |
| | 1 | 33, 0 % |
| | 2 | 59, 2 % |
| | 3 a více | 5, 8 % |
| Sexuální orientace (%) | Heterosexuální | 99, 0 % |
| | Homosexuální | 1, 0 % |

| | | |
|---|----------------------|----------|
| Partnerský vztah nyní (%) | Ano | 77, 7 % |
| | Ne | 22, 3 % |
| Délka trvání partner. vztahu (roky) | AM | 26, 62 |
| | SD | 10, 23 |
| Délka trvání PN (roky) | AM | 10, 01 |
| | SD | 4, 30 |
| Hoehn- Yahr skór a zastoupení stupňů (%) | AM | 2, 60 |
| | SD | 1, 02 |
| | 1 | 8, 7 % |
| | 2 | 35, 0 % |
| | 3 | 34, 0 % |
| | 4 | 25, 3 % |
| | 5 | 0, 0 % |
| Užívané léky (%) | L-Dopa | 100, 0 % |
| | Agonisté dopaminu | 82, 5 % |
| | Neuroleptika | 5, 8 % |
| | Antidepresiva | 63, 1 % |
| | Hypnotika | 69, 9 % |
| | Anxiolytika | 18, 4 % |
| | Ostatní | 19, 4 % |
| | Hypertenze | 17, 5 % |
| Další nejčastější onemocnění (%) | Deprese | 42, 7 % |
| | Onemocnění št. žlázy | 5, 8 % |
| | Diabetes mellitus | 8, 7 % |
| | Jiné | 27, 2 % |

Tabulka č.8- Charakteristiky souboru partnerek a partnerů osob s PN

| | | |
|-------------------------------------|------------------|----------|
| Pohlaví (%) | Muži | 48, 8 % |
| | Ženy | 51, 2 % |
| Věk (roky) | AM | 63, 24 |
| | SD | 7, 15 |
| Vzdělání (%) | ZŠ | 4, 8 % |
| | UO | 38, 1 % |
| | SŠ | 46, 4 % |
| | VŠ | 10, 7 % |
| Zaměstnání (%) | Zaměstnán/a | 7, 1 % |
| | Nezaměstnán/a | 0, 0 % |
| | Důchod starobní | 89, 3 % |
| | Důchod invalidní | 3, 6 % |
| Náboženské vyznání (%) | Ano | 9, 5 % |
| | Ne | 90, 5 % |
| Bydliště (%) | Do 100 000 ob. | 14, 3 % |
| | 10- 50 000 ob. | 32, 1 % |
| | 50- 100 000 ob. | 35, 7 % |
| | Nad 100 000 ob. | 17, 9 % |
| Stav (%) | Svobodný/á | 1, 2 % |
| | Ženatý/vdaná | 61, 9 % |
| | Rozvedený/á | 21, 4 % |
| | Vdovec/vdova | 15, 5 % |
| Počet dětí (%) | 0 | 2, 4 % |
| | 1 | 29, 8 % |
| | 2 | 61, 9 % |
| | 3 a více | 5, 9 % |
| Sexuální orientace (%) | Heterosexuální | 98, 8 % |
| | Homosexuální | 1, 2 % |
| Partnerský vztah | Ano | 100, 0 % |
| nyní (%) | Ne | 0, 0 % |
| Délka trvání partner. vztahu (roky) | AM | 23, 24 |
| | SD | 10, 13 |

| | | |
|------------------------|-------------------|---------|
| Délka trvání PN (roky) | AM | 9, 63 |
| partnera/ partnerky | SD | 2, 41 |
| Hoehn- Yahr skór | AM | 2, 83 |
| partnera/partnerky a | SD | 0, 62 |
| zastoupení stupňů (%) | 1 | 10, 7 % |
| | 2 | 23, 8 % |
| | 3 | 38, 1 % |
| | 4 | 17, 9 % |
| | 5 | 9, 5 % |
| Užívané léky (%) | Antidepresiva | 17, 9 % |
| | Hypnotika | 25, 0 % |
| | Anxiolytika | 6, 0 % |
| | Antihypertenziva | 5, 9 % |
| | Ostatní | 29, 8 % |
| Onemocnění (%) | Hypertenze | 25, 0 % |
| | Deprese | 17, 9 % |
| | Diabetes mellitus | 4, 8 % |
| | Jiné | 23, 8 % |

3.3. Metodika

Vzhledem k cílům této diplomové práce byly použity psychologické a sexuologické dotazníky a vytvořeny anonymní baterie pro nemocné muže a ženy a dále partnery a partnerky osob nemocných Parkinsonovou nemocí (viz přílohy).

Baterie pro muže s PN sestává z následujících částí: Dotazník sociodemografických charakteristik, Schwabova a Englandova škála aktivit běžného života, Subjektivní škála tíže onemocnění, Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti, Dotazník sexuální spokojenosti GRISS (verze pro muže), Dotazník SFM, Dotazník IIEF, Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN.

Baterie pro ženy s PN obsahuje tyto dotazníky: Dotazník sociodemografických charakteristik, Schwabova a Englandova škála aktivit běžného života, Subjektivní škála tíže onemocnění, Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti, Dotazník sexuální spokojenosti GRISS (verze pro ženy), Dotazník SFŽ 3, Dotazník FSFI, Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN.

Baterie pro partnery žen s PN obsahuje Dotazník sociodemografických charakteristik, Beckovu sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), Dotazník sexuální spokojenosti GRISS (verze pro muže), Dotazník IIEF.

Baterie pro partnerky mužů s PN obsahuje Dotazník sociodemografických charakteristik, Beckovu sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II), Dotazník sexuální spokojenosti GRISS (verze pro ženy), Dotazník FSFI.

Použité sexuologické dotazníky GRISS, FSFI a IIEF byly shledány komplexními a užitečnými nástroji pro zjištění úrovně současného sexuálního fungování Výborem pro klinické zhodnocení a strategii managementu v oblasti sexuálních dysfunkcí (200 expertů ze 60 zemí světa) (Hatzichristou et al., 2004).

3.3.1. Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II)

Beckova sebesuzovací škála pro měření deprese je široce přijímaným nástrojem na měření deprese. Jedná se o screeningovou zkoušku velmi vhodnou do psychologické, psychiatrické, lékařské praxe i výzkumu.

Dotazník se skládá z 21 položek, z nichž každá je probandem hodnocena 0-4 body. Maximum je tedy 63 bodů. Manuál dotazníku uvádí i obecné normy pro zdravou i klinickou populaci. Poslední úpravu testu u nás provedli Preiss a Vacíř (1999).

Pro výzkum deprese u Parkinsonovy nemoci je také užívána Hamiltonova škála pro měření deprese a jiné, avšak škála Beckova je užívána nejčastěji, což generuje výhodu v podobě možnosti srovnání výsledků.

Užití BDI-II u osob s Parkinsonovou nemocí zkoumal např. Levin et al. (1988), který zjistil, že somatické položky lze odlišit od manifestace Parkinsonovy nemoci, jak dokládá položková analýza.

Ukázalo se, že depresivní symptomy u Parkinsonovy nemoci jsou v BDI-II měřeny odděleně od symptomů nemoci, a autoři uzavírají, že BDI-II je reliabilní a validní nástroj pro měření deprese u Parkinsonovy nemoci. Podobně Visser et al. (2006) prokázali odlišení kognitivně-afektivních a somatických faktorů v BDI-II.

Silberman et al. (2006) navrhuje u osob s Parkinsonovou nemocí cut-off skóre 18 pro rozlišení depresivních a nondepresivních osob.

3.3.2. Dotazník na měření úzkosti a úzkostlivosti

Autory této adaptace dotazníku Spielbergera et al. je Müllner et al. (1980). Dotazník vychází ze Spielbergerova modelu úzkosti a úzkostlivosti jakožto stavu a vlastnosti. Ten předpokládá, že existuje měřitelný rozdíl mezi dočasným, přechodným stavem a relativně stálou predispozicí. Dotazník zahrnuje dvě škály. Škála STAI X-1 je konstruována za účelem měření aktuálního stavu, tj. na subjektivní, vědomé pocity napětí, tenze a strachu, které varíují v intenzitě a mění se v čase.

Škála STAI X-2 měří úzkostlivost, tedy vlastnost, respektive sklony k úzkosti. Obě škály zahrnují 20 položek, rozsah skóru je 1-4 body pro každou položku.

3.3.3. Dotazník sexuální spokojenosti GRISS

Autory tohoto dotazníku jsou John Rust a Susan Golomboková, jeho česká verze je k dispozici od roku 1999. Cílem tohoto dotazníku je poskytnout objektivní prostředek měření kvality sexuálního života. Autoři vycházejí z toho, že sexuální adjustaci nelze vyjádřit pouze pomocí subjektivní spokojenosti, ale za důležité považují i přítomnost či nepřítomnost konkrétních sexuálních dysfunkcí. Dotazník lze užít pro jednotlivce i pro pár.

Sexuální spokojenost v pojetí autorů dotazníku sestává ze sedmi subškál, kterými jsou v mužské verzi: impotence, předčasná ejakulace, absence smyslnosti u mužů, vyhýbání se muži, nespokojenost mužů, frekvence, komunikace. Verze pro ženy obsahuje tyto subškály: anorgasmie, vaginismus, absence smyslnosti u žen, vyhýbání se ženami, nespokojenost žen, komunikace, frekvence.

Vzhledem k tomuto vymezení pojmu sexuální spokojenosti a k tomu, že větší celkový skór odpovídá nižší míře sexuální spokojenosti, bude tento pojem v další části práce z důvodu srozumitelnosti aplikace statistických metod nahrazen pojmem sexuální nespokojenost.

Pro výzkumné účely doporučují autoři používat především celkový skór, subškály se více používají v rámci diagnostiky a pro zjednodušení interpretace jsou škálovány tak, aby z nich mohl být sestaven profil.

Jedním z hlavních způsobů využití dotazníku GRISS je pohled na korelaci jeho škál s dalšími proměnnými. Verze pro muže i pro ženy obsahují 28 otázek, z nichž každá má bodový rozsah 0-4 body. Celkový hrubý skóre lze transformovat na pseudostaninovou škálu, přičemž skóre 5 a více indikuje problém.

Za pozitivní vzhledem k cílům této diplomové práce lze považovat fakt, že autoři v manuálu nezapomněli zmínit problematiku sexuální dysfunkce duševně a tělesně nemocných. Reliabilita dotazníku je velmi vysoká- 0,94 pro ženy a 0,98 pro muže, rovněž údaje o validitě jsou vyhovující.

3.3.4. SFŽ 3 a SFM

Tyto hodnotící škály pro kvantifikaci aktuálních sexuálních funkcí muže a ženy vytvořil Mellan. Oba dotazníky mají deset položek a zjišťují u mužů i žen jejich potřebu pohlavního styku, frekvenci pohlavního vyvrcholení, častost pohlavních styků, vzrušivost při milostné předehře, soulad s partnerem v orgasmu, chuť a postoj k pohlavnímu styku, vlastní aktivitu a iniciativu, postkoitální emoční ladění, sexuální sebehodnocení, přítomnost či trvání případné sexuální poruchy. (Mellan, 1978).

Lze sdružit jednotlivé položky, první triáda se týká sexuální aktivity, druhá faktického průběhu soulože, třetí emočního ladění s ohledem na partnera a poslední číslice je ukazatelem trvání event. sexuální poruchy.

Průměrná bodová hodnota položek odpovídá v dotazníku SFM i SFŽ třem bodům, které vyjadřují normu. Sexuálně dysfunkční muži a ženy dosahují hodnot nižších a naopak osoby s nadprůměrnou sexuální funkcí hodnot vyšších než odpovídá uvedené normě (Mellan, 1964). Co se týče celkového skóre, rozmezí mezi normou a patologií tvoří v dotazníku SFM celkový skóre 25 bodů, v dotazníku SFŽ 21 bodů (Žourková, 2002).

3.3.5. FSFI

Dotazník FSFI je podobně jako dotazník Mellanův zaměřen na hodnocení ženské sexuální funkce. Tento dotazník je velmi užívaný v současných zahraničních výzkumech (Rosen, 2000, in Kratochvíl, 2003).

Dotazník sestává z 19 otázek, které zkoumají sexuální funkce ženy během posledních čtyř týdnů. Dotazník se skládá z šesti domén: sexuální touha, sexuální vzrušivost, lubrikace, orgasmus, sexuální spokojenost a bolestivost. Každá otázka má pět či šest možných odpovědí, celkový bodový rozsah je 2-36 bodů (viz skórovací systém uvedený v tabulce). Rosen et al.(2000) a Wiegel et al.(2005) uvádějí velmi dobré psychometrické vlastnosti dotazníku, především vyzdvihují dobrou reliabilitu (cca 0,8), validitu a vnitřní soudržnost dotazníku. V roce 2005 byl na základě výzkumu stanoven celkový skór rozlišující normu a patologii (cut-off) sexuálních funkcí hodnocených dotazníkem FSFI 26 bodů (Wiegel et al., 2005). Závěrem autoři zdůrazňují vhodnost užití tohoto dotazníku v klinické praxi a zmiňují jeho užití ve výzkumu sexuality žen s chronickým onemocněním.

Tabulka č. 9 - Skórovací systém dotazníku FSFI

| Domény | Položky č. | Rozsah skóru | Hodnota domény | Min. skór | Max. skór |
|-------------|-------------|--------------|----------------|-----------|-----------|
| Touha | 1, 2 | 1-5 | 0, 6 | 1 | 6, 0 |
| Vzrušivost | 3, 4, 5, 6 | 0-5 | 0, 3 | 0 | 6, 0 |
| Lubrikace | 7, 8, 9, 10 | 0-5 | 0, 3 | 0 | 6, 0 |
| Orgasmus | 11, 12, 13 | 0-5 | 0, 4 | 0 | 6, 0 |
| Spokojenost | 14, 15, 16 | 1-5 | 0, 4 | 0 | 6, 0 |
| Bolest | 17, 18, 19 | 0-5 | 0, 4 | 0 | 6, 0 |

Rozsah celkového skóru: 2, 0 - 36, 0

3.3.6. IIEF

Dotazník IIEF je název Mezinárodního dotazníku pro hodnocení erektilní funkce (Rosen, 1997, in Kratochvíl, 2003). Proband hodnotí své sexuální funkce v průběhu posledních čtyř týdnů. V úvodu jsou vymezeny některé pojmy užívané v dotazníku, následuje 15 otázek, z nichž každá nabízí v odpověď pět (u pěti otázek) či šest (u deseti otázek) slovně definovaných možností (viz skórovací systém v tabulce).

Pomocí faktorové analýzy bylo v tomto dotazníku identifikováno následujících pět domén: erektilní funkce, orgasmická funkce, sexuální touha, spokojenost se souloží, celková sexuální spokojenost. Pro doménu erektilní funkce byly v roce 1999 publikovány stupně erektilní dysfunkce- viz tabulka (Cappelleri et al., 1999).

Dotazník IIEF použili ve své výzkumu sexuálních funkcí mužů s Parkinsonovou nemocí Lukos et al. (2001). Průměrný skóre v dotazníku IIEF byl u souboru nemocných mužů (průměrný věk 59 let) 34 bodů, zatímco u kontrolní skupiny 50 bodů.

Tabulka č. 10 - Skórovací systém dotazníku IIEF

| Doména | Položka | Rozsah skóru | Min. | Max. |
|--------------------------|-------------------|--------------|------|------|
| | | | skór | skór |
| Eretilní funkce | 1, 2, 3, 4, 5, 15 | 1-5 | 1 | 30 |
| Orgasmická funkce | 9, 10 | 0-5 | 0 | 10 |
| Sexuální touha | 11, 12 | 1-5 | 2 | 10 |
| Spokojenost se souloží | 6, 7, 8 | 0-5 | 0 | 15 |
| Celková sex. spokojenost | 13, 14 | 1-5 | 2 | 10 |

Tabulka č. 11 - Stupně erektilní dysfunkce dle celkového skóru v doméně erektilní funkce dotazníku IIEF

| Skór domény erektilní funkce | Stupeň erektilní dysfunkce (ED) |
|------------------------------|---------------------------------|
| 26-30 | Žádná ED |
| 22-25 | Lehká ED |
| 17-21 | Lehká až středně těžká ED |
| 11-16 | Středně těžká ED |
| 10 > | Těžká ED |
| <i>Cut- off skór</i> | 22 |

3.3.7. Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u PN

Doposud nebyl vytvořen specifický dotazník pro hodnocení sexuality nemocných s Parkinsonovou nemocí. Dotazník vybraných aspektů sexuálního života u Parkinsonovy nemoci proto vznikl pro účely této diplomové práce z potřeby podrobněji charakterizovat některé aspekty sexuality, které jsou specifické pro toto onemocnění, či jsou s ním nějakým způsobem ve vztahu. Dotazník není standardizovaným psychometrickým nástrojem, ale do jisté míry nahrazuje rozhovory, ke kterým nebyli pacienti vzhledem k tématu ochotni, a klade si za cíl zmapování vybraných otázek, které by mohly být relevantní vzhledem k danému onemocnění.

Byly vytvořeny dvě verze dotazníku - pro muže a pro ženy. Dotazník sestává z jedenácti otázek, z nichž tři jsou zaměřeny na změny sexuality v souvislosti s Parkinsonovou nemocí, dvě otázky se věnují komunikaci o sexuálním životě s lékařem, dále jsou zahrnuty otázky na faktory, které podle nemocných ovlivňují jejich sexualitu, otázky na partnerský sexuální vztah a sexuální sebevědomí.

3.4. Výsledky

3.4.1. Základní zpracování BDI-II

Jak bylo výše uvedeno, pro zjištění míry depresivity byl použit Beckův dotazník BDI-II. Výsledky získané od zkoumaného souboru mužů a žen s Parkinsonovou nemocí a také partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí jsou shrnuty v následující tabulce.

Tabulka č. 12 - Výsledky BDI-II

| | AM | SD | MOD | MED |
|-----------------------|--------|--------|-----|-----|
| BDI-II (ženy) | 25, 39 | 11, 47 | 28 | 26 |
| BDI-II (muži) | 20, 50 | 10, 78 | 21 | 18 |
| BDI-II (partnerky) | 21, 12 | 8, 59 | 18 | 19 |
| BDI-II (partneři) | 14, 84 | 6, 93 | 9 | 10 |

V manuálu testu BDI-II jsou uvedena následující vodítka (viz tabulka č. 12) pro určení rozsahu depresivní symptomatiky, která je možno používat v české klinickopsychologické a psychiatrické praxi (Beck, 1999). U Parkinsonovy nemoci jsou někdy doporučované cut-off skóry vyšší, Silberman et al. (2006) uvádí, že je třeba užívat minimálně čísla 18. Následující tabulka uvádí cut-off skóry pro zdravou populaci.

Tabulka č. 13 - Cut-off skóry BDI-II a jejich zastoupení ve zkoumaných souborech

| Celkový skór | Rozsah deprese | Ženy (%) | Muži (%) | Partnerky (%) | Partneři (%) |
|-----------------|----------------|-------------|-------------|------------------|-----------------|
| 0-13 | minimální | 10, 2 | 16, 7 | 14, 0 | 53, 7 |
| 14-19 | mírná | 30, 6 | 35, 2 | 37, 2 | 36, 6 |
| 20-28 | střední | 44, 9 | 37, 0 | 39, 5 | 7, 3 |
| 29-63 | těžká | 14, 3 | 11, 1 | 9, 3 | 2, 4 |

Z výsledků dotazníku BDI-II vyplývá, že dle cut- off skórů pro Parkinsonovu nemoc trpí depresí téměř 60 % žen a 50 % mužů s Parkinsonovou nemocí ze sledovaných souborů. Při použití norem pro zdravou populaci vykazuje depresivní symptomatiku až 88 % žen a 83 % mužů. V souboru partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí byla nalezena přítomnost deprese v různém stupni závažnosti u 86 % , v souboru partnerů nemocných žen se jednalo o 46 %.

3.4.2. Základní zpracování STAI X-1 a STAI X-2

Následující tabulka uvádí výsledky dotazníku STAI X-1 a STAI X-2 pro všechny sledované soubory.

Tabulka č. 14 - Výsledky dotazníku STAI X-1 a STAI X-2

| | AM | STEN (AM) | SD | MOD | MED |
|-----------------|--------|-----------|--------|-----|-----|
| STAI X-1 (ženy) | 51, 00 | 7 | 12, 93 | 48 | 49 |
| STAI X-2 (ženy) | 42, 96 | 4 | 13, 92 | 27 | 44 |
| STAI X-1 (muži) | 44, 67 | 7 | 14, 10 | 46 | 46 |
| STAI X-2 (muži) | 38, 46 | 4 | 11, 59 | 36 | 38 |

Z výsledků dotazníku STAI X-1 a STAI X-2 vyplývá, že ve výběrovém souboru mužů a žen neexistují statisticky významné rozdíly v míře úzkosti a úzkostlivosti (viz kapitola Statistické zpracování dat). Míru úzkostlivosti lze u obou souborů považovat za přiměřenou vzhledem k normám dotazníku, zatímco úzkost se jeví (shodně u obou souborů) jako zvýšená.

3.4.3. Základní zpracování GRISS

Výsledky dotazníku GRISS u souboru mužů a žen s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů jsou obsaženy v následujících tabulkách. Z průměrných transformovaných skóre v jednotlivých subškálách je rovněž možno sestavit níže uvedené profily, které přehledně znázorňují míru závažnosti jednotlivých sexuálních problémů.

Tabulka č. 15 - Výsledky dotazníku GRISS (celkové skóre)

| | AM | STANINE (AM) | SD | MOD | MED |
|-------------------|--------|-----------------|--------|-----|-----|
| GRISS (ženy) | 39, 49 | 5 | 14, 41 | 36 | 36 |
| GRISS (muži) | 32, 35 | 6 | 12, 61 | 23 | 31 |
| GRISS (partnerky) | 42, 27 | 5 | 9, 70 | 36 | 39 |
| GRISS (partneři) | 21, 57 | 4 | 4, 52 | 19 | 20 |

Tabulka č. 16- Výsledky dotazníku GRISS (subškály, soubor ženy s PN)

| Sub škál a | HS (AM) | SD | STANINE (AM) |
|------------|------------|-------|-----------------|
| ANORG | 12, 54 | 8, 12 | 6 |
| VAG | 1, 02 | 0, 63 | 2 |
| NSF | 2, 13 | 1, 25 | 3 |
| AVF | 3, 58 | 2, 94 | 5 |
| DISF | 10, 31 | 5, 67 | 6 |
| INF | 3, 58 | 1, 89 | 5 |
| NCO | 6, 33 | 3, 05 | 7 |

Vysvětlivky: ANORG = anorgasmie, VAG = vaginismus, NSF = absence sexuální touhy u žen, AVF = vyhýbání se sexuálnímu styku ženami, DISF = sexuální nespokojenost žen, INF = frekvence sexuálních styků, NCO = komunikace o sexu s partnerem

Tabulka č. 17 - Výsledky dotazníku GRISS (subškály, soubor muži s PN)

| Sub škál a | HS (AM) | SD | STANINE (AM) |
|------------|------------|-------|-----------------|
| IMP | 12, 54 | 6, 23 | 7 |
| PE | 1, 02 | 2, 59 | 6 |
| NSM | 2, 13 | 0, 78 | 3 |
| AVM | 3, 58 | 1, 04 | 4 |
| DISM | 10, 31 | 4, 25 | 5 |
| INF | 3, 58 | 2, 83 | 5 |
| NCO | 6, 33 | 0, 63 | 3 |

Vysvětlivky: IMP = impotence, PE = předčasná ejakulace, NSM = absence sexuální touhy u mužů, AVM = vyhýbání se sexuálnímu styku muži, DISM = sexuální nespokojenost mužů, INF = frekvence sexuálních styků, NCO = komunikace o sexu s partnerem

Tabulka č. 18- Výsledky dotazníku GRISS (subškály, soubor partnerky)

| Sub škál a | HS (AM) | SD | STANINE (AM) |
|------------|------------|-------|-----------------|
| ANORG | 10, 03 | 5, 43 | 5 |
| VAG | 0, 34 | 0, 01 | 1 |
| NSF | 1, 45 | 0, 23 | 2 |
| AVF | 5, 49 | 2, 40 | 5 |
| DISF | 14, 28 | 6, 78 | 8 |
| INF | 5, 17 | 1, 67 | 6 |
| NCO | 5, 51 | 1, 82 | 6 |

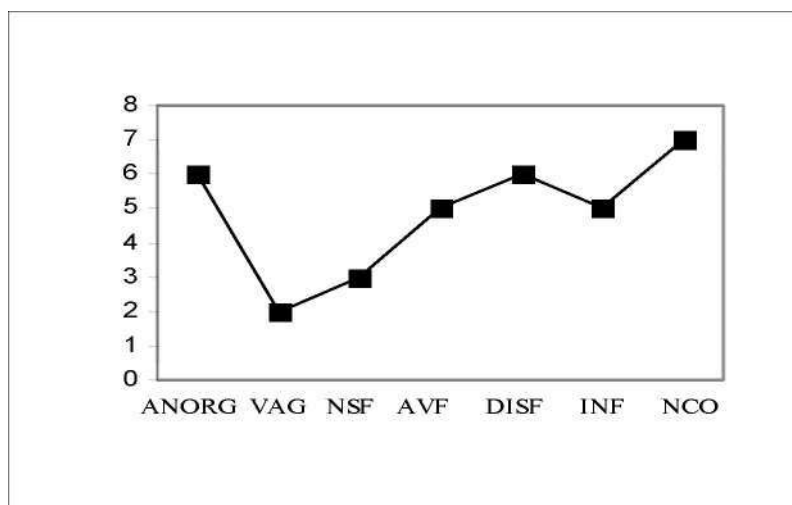
Vysvětlivky: ANORG = anorgasmie, VAG = vaginismus, NSF = absence sexuální touhy u žen, AVF = vyhýbání se sexuálnímu styku ženami, DISF = sexuální nespokojenost žen, INF = frekvence sexuálních styků, NCO = komunikace o sexu s partnerem

Tabulka č. 19 - Výsledky dotazníku GRISS (subškály, soubor partneři)

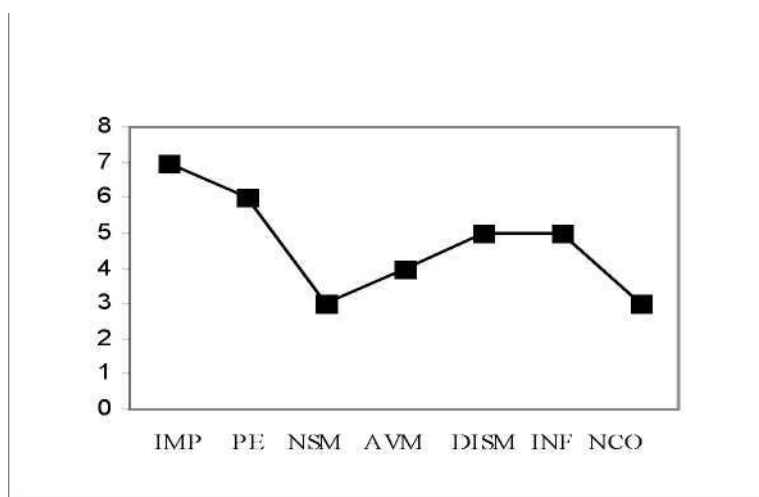
| Sub škál a | HS (AM) | SD | STANINE (AM) |
|------------|------------|-------|-----------------|
| IMP | 2, 84 | 0, 84 | 4 |
| PE | 7, 02 | 2, 15 | 6 |
| NSM | 0, 20 | 0, 07 | 1 |
| AVM | 0, 76 | 0, 14 | 2 |
| DISM | 3, 17 | 1, 05 | 2 |
| INF | 6, 26 | 2, 18 | 7 |
| NCO | 1, 32 | 0, 49 | 2 |

Vysvětlivky: IMP = impotence, PE = předčasná ejakulace, NSM = absence sexuální touhy u mužů, AVM = vyhýbání se sexuálnímu styku muži, DISM = sexuální nespokojenost mužů, INF = frekvence sexuálních styků, NCO = komunikace o sexu s partnerem

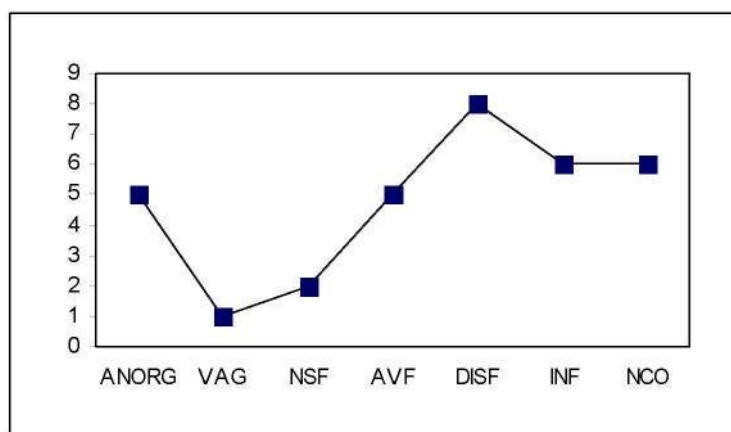
Graf č. 3 - Průměrný profil GRISS (ženy)



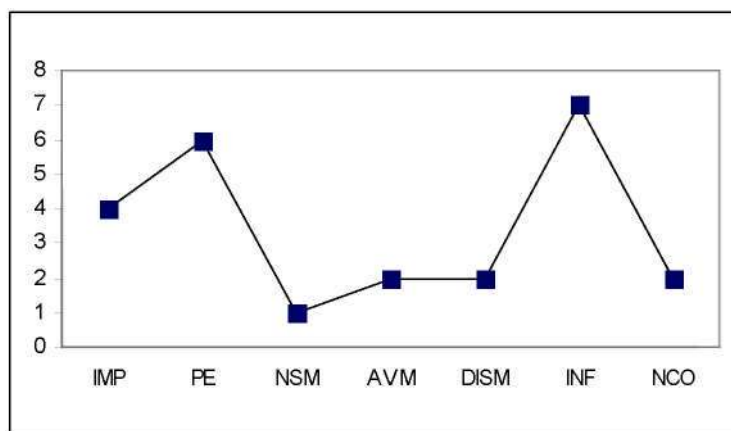
Graf č. 4 - Průměrný profil GRISS (muži)



Graf č. 5- Průměrný profil GRISS (partnerky)



Graf č. 6 - Průměrný profil GRISS (partneři)



Tabulka č. 20- Rozdíly v subškálách GRISS mezi muži a ženami s Parkinsonovou nemocí

| | T-test pro dva nezávislé výběry | Hladina významnosti rozdílu |
|-----|------------------------------------|--------------------------------|
| NS | 3, 20 | 0, 001 |
| AV | 2, 57 | 0, 01 |
| DIS | 2, 81 | 0, 01 |
| INF | 1, 01 | nn |
| NCO | 11, 62 | 0, 001 |

Z výsledků dotazníku GRISS vyplývá, že celkový průměrný skóre u souboru mužů i žen s PN indikuje problémy v sexuálním životě. U mužů lze předpokládat největší problémy s dosahováním erekce a předčasnou ejakulací.

Ženy s PN vykazují největší nespokojenost v subškále komunikace, anorgasmie a celkové nespokojenosti se svým sexuálním životem.

Ze statistického srovnání paralelních subškál (AVM/F, DISM/F, INF, NCO) s pomocí t-testu mezi souborem žen a mužů s Parkinsonovou nemocí vyplývá jako nejmarkantnější rozdíl větší nespokojenost žen oproti mužům s komunikací v sexuálním životě (další rozdíly viz profily).

V souboru partnerek mužů s PN vypovídají výsledky GRISS o problémech v sexuální oblasti ve všech subškálách s výjimkou vaginismu a vyhýbání se sexuálnímu styku, partnerky jsou se sexuálním životem velmi výrazně nespokojeny, a to především s frekvencí sexuálních styků a komunikací s partnerem o sexuálních otázkách.

V souboru partnerů nebyla nalezena s přihlédnutím k celkovému průměrnému skóru i skóru v jednotlivých subškálách výrazná deteriorace sexuálních funkcí. Jako problematické se jeví pouze subškály frekvence pohlavních styků a předčasná ejakulace.

3.4.4. Základní zpracování SFŽ 3

Výsledky získané zpracováním dotazníku sexuálních funkcí ženy jsou shrnuty v následující tabulce. Normální populace žen dosahuje bodové hodnoty položky 3. Ženy sexuálně dysfunkční nabývají hodnot 0 až 2, ženy hypersexuální naopak hodnot vyšších než 3.

Tabulka č. 21 - Výsledky dotazníku SFŽ 3 souboru žen s PN

1. Potřeba pohlavního styku:

| | | |
|--------------------------------|---------|--|
| Vůbec nikdy či nejvýš 1x ročně | 2, 0 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 90 SD = 0, 71 |
| Několikrát za rok | 4, 1 % | |
| Několikrát za měsíc | 14, 3 % | |
| 2x týdně | 61, 2 % | |
| Denně či vícekrát za den | 18, 4 % | |

2. Častost pohlavního vyvrcholení (ukojení, orgasmu):

| | | |
|--------------------------------|---------|--|
| Vůbec nikdy či nejvýš 1x ročně | 32, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 1, 29 SD = 0, 54 |
| Několikrát za rok | 24, 5 % | |
| Několikrát za měsíc | 28, 6 % | |
| 2x týdně | 10, 2 % | |
| Denně či vícekrát za den | 4, 1 % | |

3. Častost pohlavních styků

| | |
|--------------------------------|---------|
| Vůbec nikdy či již rok nikoliv | 16, 3 % |
| Několikrát za rok | 22, 4 % |
| Několikrát za měsíc | 38, 8 % |
| 2x týdně | 18, 4 % |
| Denně či vícekrát za den | 4, 1 % |

Průměrná bodová hodnota
položky

AM= 1, 71
SD = 0, 76

4. Častost pohlavních vyvrcholení při pohlavních stycích:

| | |
|--------------------------|---------|
| Nikdy či ojediněle | 14, 3 % |
| V menšině případů | 42, 9 % |
| Většinou | 32, 7 % |
| Za běžných podmínek vždy | 10, 2 % |
| Vždy a snadno | 0, 0 % |

Průměrná bodová hodnota
položky

AM = 1, 39
SD = 0, 12

5. Vzrušivost při předešlé a styku:

| | |
|-------------------------------|---------|
| Nepříjemné pocity | 2, 0 % |
| Bez výrazných pocitů | 6, 1 % |
| Mírná vlhkost a vzrušení | 53, 1 % |
| Dostatečná vlhkost a vzrušení | 30, 6 % |
| Rychlé a snadné vyvrcholení | 8, 2 % |

Průměrná bodová hodnota
položky

AM = 2, 37
SD = 1, 06

6. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení:

| | |
|----------------------------|---------|
| Nikdy | 12, 2 % |
| Spíše mimo vlastní soulož | 36, 7 % |
| Většinou až po muži | 34, 7 % |
| Současně či skoro současně | 14, 3 % |
| Několikrát během soulože | 8, 2 % |

Průměrná bodová hodnota
položky

AM = 1, 82
SD = 0, 05

7. Chuť a postoj k pohlavnímu styku, vlastní aktivita, iniciativa:

| | | |
|--------------------------------|---------|---|
| Nechuť, strach, odpor ze styku | 6, 1 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 30 SD = 1, 16 |
| Pasivní, lhostejná ke styku | 14, 3 % | |
| Někdy nálada, bez iniciativy | 32, 7 % | |
| Dávám podnět, těším se | 40, 8 % | |
| Mám naprostou iniciativu | 6, 1 % | |

8. Nálada po pohlavním styku:

| | | |
|-------------------------------|---------|---|
| Špatná, bolesti, zlost, odpor | 8, 2 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 1, 90 SD = 0, 39 |
| Jsem ráda, že je po styku | 30, 6 % | |
| Pocit, že něco chybí, pohoda | 32, 7 % | |
| Uspokojení, příjemné pocity | 20, 4 % | |
| Maximální uspokojení a štěstí | 8, 2 % | |

9. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky:

| | | |
|-------------------------------|---------|---|
| Chladná, úplně neschopná | 16, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 1, 82 SD = 0, 68 |
| Spíše neschopná, chladnější | 20, 4 % | |
| Nejsem zcela sexuálně O.K. | 38, 8 % | |
| Jsem zcela v pořádku | 14, 3 % | |
| Jsem výborná milénka, umím to | 10, 2 % | |

10. Výskyt a trvání případné poruchy, pokud je nějaká:

| | | |
|--------------------------------|---------|---|
| Nikdy to se mnou nebylo lepší | 12, 2 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 1, 20 SD = 0, 23 |
| Porucha trvá déle než půl roku | 59, 2 % | |
| Porucha trvá méně než půl roku | 24, 5 % | |
| Žádná porucha, potíže zřídka | 4, 1 % | |
| Bez sebemenší poruchy | 0, 0 % | |

Průměrná bodová hodnota sledovaného souboru žen s PN je 1, 70 se směrodatnou odchylkou 0, 57. Celkového skóru 21 a více bodů, které bylo stanoveno jako hranice normy, dosáhlo 29, 2 %. U 70, 8 % žen sledovaného souboru lze tedy hovořit o přítomnosti snížené sexuální funkce.

Z výsledků dotazníku SFŽ 3 můžeme vyvozovat, že nemocné ženy ze sledovaného souboru mají největší obtíže v oblasti dosahování orgasmu, rovněž hodnocení sebe jako sexuální partnerky se jeví jako problematické. Naopak potřeba pohlavního styku je v normě, rovněž tak vzrušivost při předešle a styku a vlastní iniciativa vzhledem k pohlavnímu styku.

3.4.5. Základní zpracování SFM

Výsledky získané zpracováním dotazníku sexuálních funkcí muže jsou uvedeny v následující tabulce. Jak již bylo uvedeno, v dotazníku SFM dosahuje normální populace mužů bodovou hodnotu položky 3. Muži sexuálně dysfunkční nabývají hodnot 0 až 2 a muži sexuálně nadprůměrní hodnot vyšších než 3.

Tabulka č. 22 - Výsledky dotazníku SFM souboru mužů s PN

1. Potřeba pohlavního vybití:

| | | |
|--------------------------------------|---------|---|
| Vůbec nikdy nebo jedenkrát za rok | 1, 9 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 80 SD = 0, 95 |
| Několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně | 3, 7 % | |
| 2x - 4x za měsíc | 29, 6 % | |
| 2x nebo vícekrát týdně | 42, 6 % | |
| Denně nebo vícekrát za den | 22, 2 % | |

2. Častost pohlavního vybití:

| | | |
|--------------------------------------|---------|---|
| Vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv | 3, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 39 SD = 0, 68 |
| Několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně | 14, 8 % | |
| Několikrát za měsíc, nejvýš 1x týdně | 33, 3 % | |
| 2x nebo vícekrát týdně | 35, 2 % | |
| Denně nebo vícekrát za den | 13, 0 % | |

3. Častost pohlavních styků:

| | | |
|--------------------------------------|---------|--|
| Vůbec nikdy nebo alespoň rok nikoliv | 9, 2 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 15 SD = 0, 52 |
| Několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně | 13, 0% | |
| Několikrát za měsíc, nejvýš 1x týdně | 44, 4 % | |
| 2x nebo vícekrát za týden | 20, 4 % | |
| Denně nebo několikrát za den | 13, 0 % | |

4. Častost uskutečnění soulože:

| | | |
|---|---------|--|
| Vůbec nikdy | 7, 4 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 1, 93 SD = 0, 15 |
| V menšině případů | 22, 2 % | |
| Většinou | 46, 3 % | |
| Za běžných podmínek vždy | 18, 5 % | |
| Absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující | 5, 6 % | |

5. Kvalita ztopoření pohlavního údu:

| | | |
|--|---------|--|
| Ztopoření se při pohl. styku vůbec nedostavuje | 18, 5 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 1, 54 SD = 0, 08 |
| Ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné | 22, 2 % | |
| Dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení údu, ještě před výronem semene | 50, 0 % | |
| Ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož | 5, 6 % | |
| Ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek | 3, 7 % | |

6. Doba trvání soulože (k výronu dochází):

| | | |
|---|---------|--|
| Ještě před zavedením údu nebo k němu při souloži vůbec nedojde | 11, 1 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 1, 76 SD = 0, 46 |
| Při zavádění údu nebo během několika vteřin soulože | 26, 0 % | |
| Během 1-2 minut soulože | 40, 7 % | |
| Během 3 nebo více minut | 20, 4 % | |
| Soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky | 1, 8 % | |

7. Nálada před pohlavním stykem (cítím):

| | | |
|--|---------|--|
| Silný strach z neúspěchu, proto se raději o nic nepokouším | 5, 6 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 07 SD = 0, 41 |
| Značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout | 14, 8 % | |
| Někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám, nebo mám styky hlavně kvůli manželce, nebo proto, abych se vyzkoušel | 50, 0 % | |
| Především touhu po partnerce, k souloži za běžných okolností přistupuji bez obav | 25, 9 % | |
| Vždy s naprostou jistotou, nikdy nemám o sobě ani nejmenší pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí | 3, 7 % | |

8. Nálada po pohlavním styku:

| | |
|--|---------|
| Velmi špatně, jsem podrážděný, nervosní, nebo cítím nechuť k ženě | 7, 4 % |
| Nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpan | 11, 1 % |
| Lhostejně, necítím zvláštní uspokojení | 18, 5 % |
| Dobře, cítím se příjemně uspokojen | 46, 3 % |
| Velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu | 16, 7 % |

Průměrná bodová hodnota položky

AM= 2, 54

SD = 0, 35

9. Pocit úspěšnosti v pohlavním životě (připadám si):

| | |
|--|---------|
| Úplně neschopný, partnerka odmítá se mnou mít styky | 3, 7 % |
| Spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky | 26, 0 % |
| Nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela úspěšný | 29, 6 % |
| Většinou úspěšný | 38, 9 % |
| Naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku | 1, 8 % |

Průměrná bodová hodnota položky

AM= 2, 09

SD = 0, 44

10. Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud nějaká je:

| | | |
|---|---------|--|
| Od začátku pohlavního života | 5, 6 % | |
| Soustavně déle než půl roku | 51, 9 % | |
| Kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla | 18, 5 % | |
| Vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti nebo vůbec nemám (již) žádné potíže | 14, 8 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 1, 70 SD = 0, 13 |
| Nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru | 9, 2 % | |

Průměrná bodová hodnota položky sledovaného souboru mužů s PN je 2, 10 se směrodatnou odchylkou 0, 42. Celkového skóru 25 a více bodů, které bylo stanoveno jako hranice normy, dosáhlo 34, 6 %. U 65, 4 % mužů sledovaného souboru lze tedy hovořit o přítomnosti snížené sexuální funkce.

Z výsledků dotazníku SFM vyplývá, že muže s PN ze sledovaného souboru nejvíce trápí kvalita erekce a předčasná ejakulace. Naopak jako relativně bezproblémová se jeví potřeba pohlavního vybití a nálada po pohlavním styku.

3.4.6. Základní zpracování FSFI

Výsledky dotazníku FSFI (Female sexual function index) u žen s PN a partnerek mužů s PN uvádí následující tabulky. Všechny otázky se týkají posledních čtyř týdnů v životě respondentek a lze zvolit pouze jednu z nabízených odpovědí.

Tabulka č. 23 - Výsledky dotazníku FSFI souboru žen s PN

1. Jak často jste pociťovala sexuální touhu nebo zájem?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Téměř stále nebo stále | 8, 2 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 90 SD = 1, 22 |
| Většinou (více než polovinu doby) | 18, 4 % | |
| Někdy (asi polovinu doby) | 42, 9 % | |
| Zřídka (méně než polovinu doby) | 16, 3 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 14, 3 % | |

2. Jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vaší sexuální touhy?

| | | |
|-------------------------|---------|--|
| Velmi vysoká | 10, 2 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 94 SD = 0, 51 |
| Vysoká | 20, 4 % | |
| Střední | 38, 8 % | |
| Nízká | 14, 3 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 16, 3 % | |

3. Jak často jste se cítila sexuálně vzrušená během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 78 SD = 0, 74 |
| Téměř stále nebo stále | 12, 2 % | |
| Většinou (více než polovinu doby) | 30, 6 % | |
| Někdy (asi polovinu doby) | 20, 5 % | |
| Zřídka (méně než polovinu doby) | 10, 2 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 12, 2 % | |

4. Jak byste ohodnotila úroveň svého sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 73 SD = 0, 12 |
| Velmi vysoká | 12, 2 % | |
| Vysoká | 28, 6 % | |
| Střední | 22, 4 % | |
| Nízká | 8, 2 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 14, 3 % | |

5. Jak velkou důvěru jste měla, že se během sexuální aktivity nebo soulože vzrušíte?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 76 SD = 0, 28 |
| Velmi vysokou | 10, 2 % | |
| Vysokou | 32, 7 % | |
| Střední | 20, 4 % | |
| Nízkou | 10, 2 % | |
| Velmi nízkou nebo nulovou | 12, 2 % | |

6. Jak často jste byla spokojena se svým vzrušením během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|---|---------|---|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM=2, 73 SD = 0, 33 |
| Téměř vždy nebo vždy | 14, 3 % | |
| Většinou (častěji než v polovině případů) | 26, 5 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 20, 4 % | |
| Zřídka (méně než v polovině případů) | 10, 2 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 14, 3 % | |

7. Jak často došlo u vás ke zvlhnutí v pochvě během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|---|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 29 SD = 0, 39 |
| Téměř vždy nebo vždy | 4, 1 % | |
| Většinou (častěji než v polovině případů) | 12, 2 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 28, 6 % | |
| Zřídka (méně než v polovině případů) | 32, 6 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 8, 2 % | |

8. Jak obtížné bylo, abyste při sexuální aktivitě nebo souloži zvlhla?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 31 SD = 0, 88 |
| Mimořádně obtížné nebo nemožné | 10, 2 % | |
| Velmi obtížné | 30, 6 % | |
| Obtížné | 26, 6 % | |
| Mírně obtížné | 12, 2 % | |
| Nebylo to obtížné | 6, 1 % | |

9. Jak často se udržela v pochvě vlhkost až do ukončení sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|---|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 41 SD = 1, 25 |
| Téměř vždy nebo vždy | 4, 1 % | |
| Většinou (častěji než v polovině případů) | 14, 3 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 30, 6 % | |
| Zřídka (méně než v polovině případů) | 34, 7 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 2, 0 % | |

10. Jak obtížné bylo, aby se vlhkost udržela až do skončení sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 47 SD = 0, 69 |
| Mimořádně obtížné nebo nemožné | 4, 1 % | |
| Velmi obtížné | 32, 6 % | |
| Obtížné | 28, 6 % | |
| Mírně obtížné | 10, 2 % | |
| Nebylo to obtížné | 10, 2 % | |

11. Jak často jste při sexuální stimulaci nebo souloži dosáhla orgasmu (vyvrcholení)?

| | | |
|---|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 31 SD = 0, 36 |
| Téměř vždy nebo vždy | 4, 1 % | |
| Většinou (častěji než v polovině případů) | 12, 2 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 28, 6 % | |
| Zřídka (méně než v polovině případů) | 34, 7 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 6, 1 % | |

12. Jak obtížné bylo pro vás při sexuální stimulaci nebo při souloži dosáhnout orgasmu?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 24 SD = 0, 28 |
| Mimořádně obtížné nebo nemožné | 6, 1 % | |
| Velmi obtížné | 38, 8 % | |
| Obtížné | 24, 5 % | |
| Mírně obtížné | 14, 3 % | |
| Nebylo to obtížné | 2, 0 % | |

13. Jak jste byla spokojena se svou schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 24 SD = 0, 44 |
| Velmi spokojena | 4, 1 % | |
| Mírně spokojena | 16, 3 % | |
| Zhruba stejně spokojena i nespokojena | 20, 4 % | |
| Mírně nespokojena | 32, 7 % | |
| Velmi nespokojena | 12, 2 % | |

14. Jak jste byla spokojena s emoční blízkostí s partnerem během sexuální aktivity?

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 3, 10 SD = 1, 22 |
| Velmi spokojena | 22, 5 % | |
| Mírně spokojena | 36, 7 % | |
| Zhruba stejně spokojena i nespokojena | 18, 4 % | |
| Mírně nespokojena | 6, 1 % | |
| Velmi nespokojena | 2, 0 % | |

15. Jak jste byla spokojena se sexuálním vztahem s partnerem?

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 3, 35 SD = 1, 08 |
| Velmi spokojena | 30, 6 % | |
| Mírně spokojena | 32, 7 % | |
| Zhruba stejně spokojena i nespokojena | 10, 2 % | |
| Mírně nespokojena | 8, 1 % | |
| Velmi nespokojena | 4, 1 % | |

16. Jak jste byla spokojena se svým celkovým sexuálním životem?

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 16 SD = 0, 57 |
| Velmi spokojena | 4, 1 % | |
| Mírně spokojena | 10, 2 % | |
| Zhruba stejně spokojena i nespokojena | 24, 5 % | |
| Mírně nespokojena | 34, 7 % | |
| Velmi nespokojena | 12, 2 % | |

17. Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity při pronikání údu do pochvy?

| | | |
|--------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k pokusu o soulož | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 57 SD = 0, 35 |
| Téměř vždy nebo vždy | 8, 2 % | |
| Většinou (více než v polovině styků) | 16, 3 % | |
| Někdy (asi v polovině styků) | 36, 7 % | |
| Zřídka (méně než v polovině styků) | 16, 3 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 8, 2 % | |

18. Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity po proniknutí údu do pochvy?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k pokusu o soulož | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 59 SD = 0, 57 |
| Téměř vždy nebo vždy | 10, 2 % | |
| Zřídka (méně než polovinu doby) | 14, 3 % | |
| Někdy (asi polovinu doby) | 32, 5 % | |
| Většinou (více než polovinu doby) | 20, 4 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 8, 2 % | |

19. Jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vašich nepříjemných pocitů nebo bolestí při pronikání nebo po proniknutí údu do pochvy?

| | | |
|---------------------------|---------|--|
| Nedošlo k pokusu o soulož | 14, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 41 SD = 0, 89 |
| Velmi vysoká | 6, 1 % | |
| Vysoká | 18, 4 % | |
| Střední | 38, 8 % | |
| Nízká | 12, 2 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 10, 2 % | |

Tabulka č. 24 - Výsledky dotazníku FSFI souboru partnerek mužů s PN

1. Jak často jste pociťovala sexuální touhu nebo zájem?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Téměř stále nebo stále | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 3, 16 SD = 1, 09 |
| Většinou (více než polovinu doby) | 20, 9 % | |
| Někdy (asi polovinu doby) | 44, 2 % | |
| Zřídka (méně než polovinu doby) | 11, 6 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 14, 0 % | |

2. Jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vaší sexuální touhy?

| | | |
|-------------------------|---------|--|
| Velmi vysoká | 7, 0 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 3, 05 SD = 0, 67 |
| Vysoká | 23, 3 % | |
| Střední | 37, 2 % | |
| Nízká | 11, 6 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 20, 9 % | |

3. Jak často jste se cítila sexuálně vzrušená během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 92 SD = 0, 45 |
| Téměř stále nebo stále | 16, 3 % | |
| Většinou (více než polovinu doby) | 27, 9 % | |
| Někdy (asi polovinu doby) | 23, 3 % | |
| Zřídka (méně než polovinu doby) | 9, 3 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 14, 0 % | |

4. Jak byste ohodnotila úroveň svého sexuálního vzrušení během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 81 SD = 0, 53 |
| Velmi vysoká | 14, 0 % | |
| Vysoká | 30, 2 % | |
| Střední | 23, 3 % | |
| Nízká | 11, 6 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 11, 6 % | |

5. Jak velkou důvěru jste měla, že se během sexuální aktivity nebo soulože vzrušíte?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 65 SD = 0, 41 |
| Velmi vysokou | 11, 6 % | |
| Vysokou | 32, 6 % | |
| Střední | 20, 9 % | |
| Nízkou | 14, 0 % | |
| Velmi nízkou nebo nulovou | 11, 6 % | |

6. Jak často jste byla spokojena se svým vzrušením během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|---|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 74 SD = 0, 48 |
| Téměř vždy nebo vždy | 14, 0 % | |
| Většinou (častěji než v polovině případů) | 30, 2 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 20, 9 % | |
| Zřídka (méně než v polovině případů) | 16, 3 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 9, 3 % | |

7. Jak často došlo u vás ke zvlhnutí v pochvě během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|---|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 57 SD = 0, 39 |
| Téměř vždy nebo vždy | 11, 6 % | |
| Většinou (častěji než v polovině případů) | 20, 9 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 32, 6 % | |
| Zřídka (méně než v polovině případů) | 16, 3 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 9, 3 % | |

8. Jak obtížné bylo, abyste při sexuální aktivitě nebo souloži zvlhla?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 43 SD = 0, 34 |
| Mimořádně obtížné nebo nemožné | 14, 0 % | |
| Velmi obtížné | 23, 3 % | |
| Obtížné | 34, 8 % | |
| Mírně obtížné | 11, 6 % | |
| Nebylo to obtížné | 7, 0 % | |

9. Jak často se udržela v pochvě vlhkost až do ukončení sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|---|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 51 SD = 0, 44 |
| Téměř vždy nebo vždy | 11, 6 % | |
| Většinou (častěji než v polovině případů) | 18, 6 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 32, 6 % | |
| Zřídka (méně než v polovině případů) | 18, 6 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 9, 3 % | |

10. Jak obtížné bylo, aby se vlhkost udržela až do skončení sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 43 SD = 0, 34 |
| Mimořádně obtížné nebo nemožné | 14, 0 % | |
| Velmi obtížné | 23, 3 % | |
| Obtížné | 34, 8 % | |
| Mírně obtížné | 11, 6 % | |
| Nebylo to obtížné | 7, 0 % | |

11. Jak často jste při sexuální stimulaci nebo souloži dosáhla orgasmu (vyvrcholení)?

| | | |
|---|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 68 SD = 0, 41 |
| Téměř vždy nebo vždy | 7, 0 % | |
| Většinou (častěji než v polovině případů) | 14, 0 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 23, 3 % | |
| Zřídka (méně než v polovině případů) | 32, 6 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 14, 0 % | |

12. Jak obtížné bylo pro vás při sexuální stimulaci nebo při souloži dosáhnout orgasmu?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 3, 41 SD = 0, 56 |
| Mimořádně obtížné nebo nemožné | 7, 0 % | |
| Velmi obtížné | 14, 0 % | |
| Obtížné | 23, 3 % | |
| Mírně obtížné | 32, 6 % | |
| Nebylo to obtížné | 14, 0 % | |

13. Jak jste byla spokojena se svou schopností dosáhnout orgasmu (vyvrcholení) během sexuální aktivity nebo soulože?

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 27 SD = 0, 39 |
| Velmi spokojena | 4, 7 % | |
| Mírně spokojena | 14, 0 % | |
| Zhruba stejně spokojena i nespokojena | 23, 3 % | |
| Mírně nespokojena | 37, 2 % | |
| Velmi nespokojena | 11, 5 % | |

14. Jak jste byla spokojena s emoční blízkostí s partnerem během sexuální aktivity?

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 35 SD = 0, 82 |
| Velmi spokojena | 2, 3 % | |
| Mírně spokojena | 9, 3 % | |
| Zhruba stejně spokojena i nespokojena | 27, 9 % | |
| Mírně nespokojena | 37, 2 % | |
| Velmi nespokojena | 14, 0 % | |

15. Jak jste byla spokojena se sexuálním vztahem s partnerem?

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 35 SD = 0, 82 |
| Velmi spokojena | 2, 3 % | |
| Mírně spokojena | 9, 3 % | |
| Zhruba stejně spokojena i nespokojena | 27, 9 % | |
| Mírně nespokojena | 37, 2 % | |
| Velmi nespokojena | 14, 0 % | |

16. Jak jste byla spokojena se svým celkovým sexuálním životem?

| | | |
|---------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 2, 04 SD = 0, 45 |
| Velmi spokojena | 4, 7 % | |
| Mírně spokojena | 11, 6 % | |
| Zhruba stejně spokojena i nespokojena | 23, 3 % | |
| Mírně nespokojena | 32, 5 % | |
| Velmi nespokojena | 18, 6 % | |

17. Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity při pronikání údu do pochvy?

| | | |
|--------------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k pokusu o soulož | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 3, 97 SD = 0, 94 |
| Téměř vždy nebo vždy | 4, 7 % | |
| Většinou (více než v polovině styků) | 4, 7 % | |
| Někdy (asi v polovině styků) | 27, 9 % | |
| Zřídka (méně než v polovině styků) | 37, 2 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 16, 3 % | |

18. Jak často jste měla nepříjemné nebo bolestivé pocity po proniknutí údu do pochvy?

| | | |
|-----------------------------------|---------|--|
| Nedošlo k pokusu o soulož | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 3, 19 SD = 0, 78 |
| Téměř vždy nebo vždy | 2, 3 % | |
| Zřídka (méně než polovinu doby) | 27, 9 % | |
| Někdy (asi polovinu doby) | 20, 9 % | |
| Většinou (více než polovinu doby) | 11, 6 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 27, 9 % | |

19. Jak byste ohodnotila úroveň (stupeň) vašich nepříjemných pocitů nebo bolestí při pronikání nebo po proniknutí údu do pochvy?

| | | |
|---------------------------|---------|--|
| Nedošlo k pokusu o soulož | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM= 3, 47 SD = 0, 69 |
| Velmi vysoká | 4, 7 % | |
| Vysoká | 16, 3 % | |
| Střední | 20, 9 % | |
| Nízká | 37, 2 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 11, 6 % | |

V dotazníku FSFI dosáhly ženy s PN ze sledovaného souboru průměrné bodové hodnoty položky 2, 59 se směrodatnou odchylkou 0, 59. Celkový skór 26 a vyšší dosáhlo 24, 2 % žen, u 75, 8 % žen tedy můžeme konstatovat snížení sexuálních funkcí. Co se týče bodového zisku souboru v jednotlivých doménách- viz skórovací systém FSFI v kapitole Metodika (Wiegel et al, 2005), nejlepších výsledků dosáhly ženy v doménách touha a spokojenost (transformované průměrné skóry domén 3, 50 a 3, 30), naopak jako nejproblematictější se jeví doména týkající se lubrikace a schopnosti dosahování orgasmu (transformované průměrné skóry domény 2, 84 a 2, 72).

Partnerky mužů s PN ze sledovaného souboru dosáhly průměrné bodové hodnoty položky 2, 79 se směrodatnou odchylkou 0, 58. Celkový skóre 26 a vyšší dosáhlo 30, 2 % partnerek ze sledovaného souboru, u 69, 8 % z nich lze tedy konstatovat snížení sexuálních funkcí. Nejlepší výsledky dosáhly partnerky mužů s PN v doméně bolestivosti při pohlavním styku (transformovaný průměrný skóre domény 4, 25), lze tedy předpokládat, že bolestivost pohlavního styku není v souboru partnerek mužů s PN častým jevem. Naopak jako nejproblematičtější se dle výsledků dotazníku FSFI jeví doména celkové sexuální spokojenosti (transformovaný průměrný skóre domény 2, 69).

3.4.7. Základní zpracování IIEF

Výsledky získané zpracováním Mezinárodního dotazníku pro hodnocení erektile funkce (IIEF) v souboru mužů s Parkinsonovou nemocí a partnerů žen s tímto onemocněním jsou uvedeny v následujících tabulkách. Všechny otázky dotazníku se vztahují k období posledních čtyř týdnů a proband může zakroužkovat pouze jednu z možností.

Tabulka č. 25 - Výsledky dotazníku IIEF souboru mužů s PN

1. Jak často jste měl při sexuální aktivitě erekci?

| | | |
|--|---------|--|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 11, 1 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 63 SD = 1, 40 |
| Téměř vždy nebo vždy | 7, 4 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 18, 5 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 35, 2 % | |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 18, 5 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 9, 3 % | |

2. Pokud jste měl při sexuální stimulaci erekci, jak často byla dostatečně pevná k zavedení údu do pochvy?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 11, 1 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 9, 3 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 22, 2 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 35, 2 % | AM = 2, 78 |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 14, 8 % | SD = 0, 82 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 7, 4 % | |

3. Když jste se pokusil o pohlavní styk, jak často jste byl schopen proniknout údem do pochvy partnerky?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nepokoušel jsem se o pohlavní styk | 9, 3 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 5, 6 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 27, 8 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 29, 6 % | AM = 2, 70 |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 14, 8 % | SD = 0, 20 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 12, 9 % | |

4. Jak často jste byl v průběhu pohlavního styku schopen udržet erekci po zavedení údu do pochvy?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nepokoušel jsem se o pohlavní styk | 9, 3 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 7, 4 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 25, 9 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 31, 5 % | AM = 2, 76 |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 14, 8 % | SD = 0, 59 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 11, 1 % | |

5. Jak obtížné bylo udržet erekci až k dokončení pohlavního styku?

| | | |
|---------------------------|---------|--|
| Nepokoušel jsem se o styk | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 60 SD = 0, 41 |
| Vůbec to nebylo obtížné | 5, 6 % | |
| Mírně obtížné | 20, 4 % | |
| Obtížné | 33, 3 % | |
| Značně obtížné | 18, 5 % | |
| Neobyčejně obtížné | 12, 9 % | |

6. Kolikrát jste se pokusil o pohlavní styk?

| | | |
|-----------------------|---------|--|
| Nepokusil jsem se | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 56 SD = 0, 14 |
| Jedenáctkrát a více | 11, 1 % | |
| Sedmkrát až desetkrát | 9, 3 % | |
| Pětkrát až šestkrát | 35, 2 % | |
| Tříkrát až čtyřikrát | 22, 2 % | |
| Jednou až dvakrát | 12, 9 % | |

7. Když jste se pokusil o pohlavní styk, jak často byl pro vás uspokojující?

| | | |
|--|---------|--|
| Nepokoušel jsem se o styk | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 50 SD = 0, 18 |
| Téměř vždy nebo vždy | 7, 4 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 11, 1 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 38, 9 % | |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 18, 5 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 14, 8 % | |

8. Jak se vám pohlavní styk líbil?

| | | |
|---|---------|-------------------------|
| Nedošlo ke styku | 9, 3 % | |
| Byl mimořádně příjemný. Mimořádně mne těšil | 5, 6 % | |
| | | Průměrná bodová hodnota |
| Byl velmi příjemný. Velmi mne těšil | 9, 3 % | položky |
| Byl celkem příjemný. Celkem mne těšil | 40, 7 % | AM = 2, 41 |
| Níjak zvlášť mne netěšil | 18, 5 % | SD = 0, 35 |
| Vůbec mne netěšil | 16, 6 % | |

9. Jak často u vás došlo při sexuální stimulaci nebo při pohlavním styku k ejakulaci (výronu semene)?

| | | |
|--|---------|-------------------------|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 11, 1 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 16, 6 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 29, 6 % | Průměrná bodová hodnota |
| | | položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 24, 2 % | AM = 3, 07 |
| Zřídka (nohem méně než v polovině případů) | 14, 8 % | SD = 0, 45 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 3, 7 % | |

10. Jak často u vás došlo při sexuální stimulaci nebo při pohlavním styku k pocitu vyvrcholení, orgasmu?

| | | |
|--|---------|-------------------------|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 11, 1 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 14, 8 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 27, 8 % | Průměrná bodová hodnota |
| | | položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 29, 6 % | AM = 3, 02 |
| Zřídka (nohem méně než v polovině případů) | 11, 1 % | SD = 0, 37 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 5, 6 % | |

11. Jak často jste pocítil sexuální touhu?

| | | |
|-----------------------------------|---------|---|
| Stále nebo téměř stále | 14, 8 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 3, 50 SD = 0, 26 |
| Většinou (více než polovinu doby) | 38, 9 % | |
| Někdy (asi polovinu doby) | 33, 3 % | |
| Zřídka (méně než polovinu doby) | 7, 4 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 5, 6 % | |

12. Jak byste ohodnotil úroveň své sexuální touhy?

| | | |
|-------------------------|---------|---|
| Velmi vysoká | 16, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 3, 48 SD = 0, 39 |
| Vysoká | 37, 0 % | |
| Střední | 29, 6 % | |
| Nízká | 11, 1 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 5, 6 % | |

13. Jak jste byl spokojen se svým celkovým sexuálním životem?

| | | |
|-------------------------------------|---------|---|
| Velmi spokojen | 9, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 72 SD = 0, 64 |
| Mírně spokojen | 18, 5 % | |
| Zhruba stejně spokojen i nespokojen | 27, 8 % | |
| Mírně nespokojen | 24, 0 % | |
| Velmi nespokojen | 20, 4 % | |

14. Jak jste byl spokojen se svým sexuálním vztahem s partnerkou?

| | | |
|-------------------------------------|---------|---|
| Velmi spokojen | 3, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 35 SD = 0, 56 |
| Mírně spokojen | 11, 1 % | |
| Zhruba stejně spokojen i nespokojen | 27, 8 % | |
| Mírně nespokojen | 31, 5 % | |
| Velmi nespokojen | 25, 9 % | |

15. Jak byste zhodnotil svou důvěru, že budete mít erekci a udržíte ji?

| | | |
|-------------------------|---------|---|
| Velmi vysoká | 13, 0 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 93 SD = 0, 21 |
| Vysoká | 14, 8 % | |
| Střední | 35, 2 % | |
| Nízká | 26, 0 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 11, 0 % | |

Následující tabulka charakterizuje soubor mužů s Parkinsonovou nemocí z hlediska stupně jejich erektální dysfunkce zjištěné dotazníkem IIEF.

Tabulka č. 26 - Zastoupení jednotlivých stupňů erektální dysfunkce dle IIEF souboru mužů s PN

| Skór domény erektální funkce | Stupeň erektální dysfunkce (ED) | Percentuální zastoupení v souboru |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 26-30 | Žádná ED | 10, 3 % |
| 22-25 | Lehká ED | 15, 2 % |
| 17-21 | Lehká až středně těžká ED | 25, 6 % |
| 11-16 | Středně těžká ED | 29, 9 % |
| 10 > | Těžká ED | 19, 0 % |

Tabulka č. 27 - Výsledky dotazníku IIEF souboru partnerů žen s PN

1. Jak často jste měl při sexuální aktivitě erekci?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 7, 3 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 9, 8 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 31, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 34, 1 % | AM = 3, 47 |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 9, 8 % | SD = 0, 88 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 7, 3 % | |

2. Pokud jste měl při sexuální stimulaci erekci, jak často byla dostatečně pevná k zavedení údu do pochvy?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 7, 3 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 12, 2 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 31, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 36, 6 % | AM = 3, 56 |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 7, 3 % | SD = 0, 92 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 4, 9 % | |

3. Když jste se pokusil o pohlavní styk, jak často jste byl schopen proniknout údem do pochvy partnerky?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nepokoušel jsem se o pohlavní styk | 7, 3 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 12, 2 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 29, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 39, 0 % | AM = 3, 51 |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 7, 3 % | SD = 0, 77 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 4, 9 % | |

4. Jak často jste byl v průběhu pohlavního styku schopen udržet erekci po zavedení údu do pochvy?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nepokoušel jsem se o pohlavní styk | 7, 3 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 14, 6 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 31, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 34, 1 % | AM = 3, 60 |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 9, 8 % | SD = 1, 04 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 2, 5 % | |

5. Jak obtížné bylo udržet erekci až k dokončení pohlavního styku?

| | | |
|---------------------------|---------|---------------------------------|
| Nepokoušel jsem se o styk | 7, 3 % | |
| Vůbec to nebylo obtížné | 12, 2 % | |
| Mírně obtížné | 26, 8 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Obtížné | 26, 8 % | |
| Značně obtížné | 14, 7 % | AM = 3, 19 |
| Neobyčejně obtížné | 12, 2 % | SD = 0, 65 |

6. Kolikrát jste se pokusil o pohlavní styk?

| | | |
|-----------------------|---------|--|
| Nepokusil jsem se | 7, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 3, 96 SD = 1, 03 |
| Jedenáctkrát a více | 14, 6 % | |
| Sedmkrát až desetkrát | 19, 5 % | |
| Pětkrát až šestkrát | 43, 9 % | |
| Tříkrát až čtyřikrát | 12, 2 % | |
| Jednou až dvakrát | 2, 4 % | |

7. Když jste se pokusil o pohlavní styk, jak často byl pro vás uspokojující?

| | | |
|--|---------|--|
| Nepokoušel jsem se o styk | 7, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 41 SD = 0, 31 |
| Téměř vždy nebo vždy | 7, 3 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 12, 2 % | |
| Někdy (asi v polovině případů) | 34, 1 % | |
| Zřídka (mnohem méně než v polovině případů) | 22, 0 % | |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 17, 1 % | |

8. Jak se vám pohlavní styk líbil?

| | | |
|---|---------|--|
| Nedošlo ke styku | 7, 3 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 52 SD = 0, 34 |
| Byl mimořádně příjemný. Mimořádně mne těšil | 9, 8 % | |
| Byl velmi příjemný. Velmi mne těšil | 12, 2 % | |
| Byl celkem příjemný. Celkem mne těšil | 34, 1 % | |
| Nijak zvlášť mne netěšil | 19, 5 % | |
| Vůbec mne netěšil | 17, 1 % | |

9. Jak často u vás došlo při sexuální stimulaci nebo při pohlavním styku k ejakulaci (výronu semene)?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 7, 3 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 31, 7 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 34, 1 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 19, 5 % | AM = 4, 20 |
| Zřídka (nohem méně než v polovině případů) | 4, 9 % | SD = 1, 31 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 2, 4 % | |

10. Jak často u vás došlo při sexuální stimulaci nebo při pohlavním styku k pocitu vyvrcholení, orgasmu?

| | | |
|--|---------|---------------------------------|
| Nedošlo k žádné sexuální aktivitě | 7, 3 % | |
| Téměř vždy nebo vždy | 29, 3 % | |
| Většinou (mnohem častěji než v polovině případů) | 31, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Někdy (asi v polovině případů) | 17, 1 % | AM = 4, 16 |
| Zřídka (nohem méně než v polovině případů) | 7, 3 % | SD = 1, 24 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 7, 3 % | |

11. Jak často jste pocítil sexuální touhu?

| | | |
|-----------------------------------|---------|---------------------------------|
| Stále nebo téměř stále | 17, 1 % | |
| Většinou (více než polovinu doby) | 43, 9 % | |
| Někdy (asi polovinu doby) | 31, 7 % | Průměrná bodová hodnota položky |
| Zřídka (méně než polovinu doby) | 4, 9 % | AM = 4, 47 |
| Téměř nikdy nebo nikdy | 2, 4 % | SD = 1, 72 |

12. Jak byste ohodnotil úroveň své sexuální touhy?

| | | |
|-------------------------|---------|---|
| Velmi vysoká | 17, 1 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 4, 39 SD = 1, 15 |
| Vysoká | 43, 9 % | |
| Střední | 29, 3 % | |
| Nízká | 7, 3 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 2, 4 % | |

13. Jak jste byl spokojen se svým celkovým sexuálním životem?

| | | |
|-------------------------------------|---------|---|
| Velmi spokojen | 9, 8 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 61 SD = 0, 65 |
| Mírně spokojen | 17, 1 % | |
| Zhruba stejně spokojen i nespokojen | 29, 3 % | |
| Mírně nespokojen | 17, 1 % | |
| Velmi nespokojen | 26, 8 % | |

14. Jak jste byl spokojen se svým sexuálním vztahem s partnerkou?

| | | |
|-------------------------------------|---------|---|
| Velmi spokojen | 4, 9 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 2, 16 SD = 0, 37 |
| Mírně spokojen | 7, 3 % | |
| Zhruba stejně spokojen i nespokojen | 22, 0 % | |
| Mírně nespokojen | 34, 1 % | |
| Velmi nespokojen | 31, 7 % | |

15. Jak byste zhodnotil svou důvěru, že budete mít erekci a udržíte ji?

| | | |
|-------------------------|---------|---|
| Velmi vysoká | 14, 6 % | Průměrná bodová hodnota položky AM = 3, 31 SD = 0, 62 |
| Vysoká | 26, 8 % | |
| Střední | 31, 7 % | |
| Nízká | 22, 0 % | |
| Velmi nízká nebo nulová | 4, 9 % | |

Tabulka č. 28 - Zastoupení jednotlivých stupňů erektilní dysfunkce dle IIEF v souboru partnerů

| Skór domény erektilní funkce | Stupeň erektilní dysfunkce (ED) | Percentuální zastoupení v souboru |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 26-30 | Žádná ED | 19, 5 % |
| 22-25 | Lehká ED | 22, 0 % |
| 17-21 | Lehká až středně těžká ED | 26, 8 % |
| 11-16 | Středně těžká ED | 17, 1 % |
| 10 > | Těžká ED | 14, 6 % |

Průměrná bodová hodnota položky dotazníku IIEF u sledovaného souboru mužů s PN je 2, 80 se směrodatnou odchylkou 0, 46. Z výsledků dotazníku IIEF vyplývá, že v souboru mužů s Parkinsonovou nemocí jsou nižší než průměrné skóry ve všech pěti doménách dotazníku. Jako nejproblematictější se jeví doména spokojenosti se souloží, v jejíchž položkách dosáhli muži v průměru nejnižších hodnot. Rovněž skóry v doméně erektilní dysfunkce indikují poměrně značné obtíže. Vezmeme-li v úvahu počet osob, které nedosáhly tzv. cut-off skóru v této doméně a lze u nich v tomto smyslu hovořit o nějakém stupni erektilní dysfunkce, jedná se v tomto souboru o 75 % probandů. Naopak nejlepších výsledků dosahovali muži v doméně sexuální touhy.

Průměrná bodová hodnota položky dotazníku IIEF u sledovaného souboru partnerů žen s PN je 3, 43 se směrodatnou odchylkou 0, 86. Procento partnerů žen s PN, kteří nedosáhli cut-off skóru v doméně erektilní dysfunkce a lze u nich v tomto smyslu hovořit o nějakém stupni erektilní dysfunkce, je 58 % probandů. Nejlepších výsledků dosáhli partneři v doméně sexuální touhy.

3.4.8. Základní zpracování Dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (verze pro ženy)

Výsledky jednotlivých otázek dotazníku jsou zpracovány níže. Jednotlivé odpovědi jsou zkráceny, plná verze dotazníku viz přílohy.

Tabulka č. 29 – Výsledky dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (ženy)

1. Jak často jste se v posledním roce před stanovením dg. PN průměrně během jednoho měsíce věnovala následujícím aktivitám:

| Aktivita | Frekvence aktivity |
|--|--------------------------|
| Prohlížení erotických materiálů (časopis, video...) | AM = 5, 49 SD = 1, 38 |
| Masturbace (onanie) | AM = 7, 39 SD = 1, 43 |
| Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože | AM = 9, 17 SD = 2, 76 |
| Soulož | AM = 3, 83 SD = 4, 34 |

2. Jak často jste se po stanovení dg. PN průměrně během jednoho měsíce věnovala následujícím aktivitám:

| Aktivita | Frekvence aktivity |
|--|--------------------------|
| Prohlížení erotických materiálů (časopis, video...) | AM = 5, 51 SD = 2, 65 |
| Masturbace (onanie) | AM = 6, 91 SD = 3, 32 |
| Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože | AM = 5, 12 SD = 5, 45 |
| Soulož | AM = 3, 24 SD = 1, 61 |

3. Po stanovení dg. PN jsem u sebe pozorovala (možnost více odpovědí):

| Pozorovaná změna | Výskyt změny (%) | Za jak dlouho od stanovení dg. PN (měsíce) |
|------------------------------------|---------------------|---|
| Zvýšení sexuální potřeby | 14, 3 % | AM = 9, 78 SD = 3, 54 |
| Snížení sexuální potřeby | 18, 4 % | AM = 3, 31 SD = 6, 20 |
| Problémy s dosahováním orgasmu | 81, 6 % | AM = 4, 43 SD = 3, 89 |
| Problémy s nedostatečnou lubrikací | 63, 3 % | AM = 5, 67 SD = 4, 55 |
| Bolest při souloži | 24, 5 % | AM = 6, 56 SD = 5, 12 |
| Žádná | 8, 2 % | |

4. O svém sexuálním životě jsem s lékařem:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|----------------------------------|-------------------------|
| Nikdy nehovořila | 81, 6 |
| Hovořila, a to z mé iniciativy | 16, 3 |
| Hovořila, a to z jeho iniciativy | 2, 0 |

5. Uvítala byste, kdyby se vás lékař zeptal na váš sexuální život?

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|--------------|-------------------------|
| Rozhodně ne | 4, 1 % |
| Spíše ne | 6, 1 % |
| Spíše ano | 65, 3 % |
| Rozhodně ano | 24, 5 % |

6. Můj sexuální život ovlivňuje :

| Faktor | Průměrné pořadí faktoru (10=největší vliv) |
|--------------------------|---|
| Ztížená pohyblivost | 2 |
| Třes | 1 |
| Zvýšené pocení a slinění | 4 |
| Ztráta mimiky | 10 |
| Mimovolní pohyby | 5 |
| Deprese | 9 |
| Úzkost | 7 |
| Partnerský nesoulad | 6 |
| Pocit méněcennosti | 7 |
| Léky | 3 |

7. Domnívám se, že některé užívané léky na PN mou sexuální touhu:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|-------------|-------------------------|
| Snižují | 32, 7 % |
| Neovlivňují | 30, 6 % |
| Zvyšují | 36, 7 % |

8. Jsem schopna otevřeně hovořit se svým partnerem o svých omezeních v sexuálním životě:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|------------|-------------------------|
| Určitě ne | 14, 3 % |
| Spíše ne | 42, 9 % |
| Spíše ano | 30, 6 % |
| Určitě ano | 12, 2 % |

9. Věnuji se sexuálním aktivitám jen proto, abych vyhověla partnerovi:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|---------|-------------------------|
| Nikdy | 42, 9 % |
| Občas | 29, 6 % |
| Často | 14, 3 % |
| Vždy | 14, 2 % |

10. Kvůli své nemoci se cítím v sexuálním životě méněcenná:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|------------|-------------------------|
| Určitě ne | 12, 2 % |
| Spíše ne | 20, 4 % |
| Spíše ano | 49, 0 % |
| Určitě ano | 18, 4 % |

11. Myslím, že většina osob s PN se v intimních chvílích před svým partnerem/partnerkou za svou nemoc stydí:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|------------|-------------------------|
| Určitě ne | 8, 2 % |
| Spíše ne | 18, 4 % |
| Spíše ano | 53, 1 % |
| Určitě ano | 20, 3 % |

Tabulka č. 30- Změny v sexuálním životě žen po stanovení dg. Parkinsonovy nemoci

| Aktivita | t-test pro | | |
|---------------------------------|------------------|----|-----------------------------|
| | 2 závislé výběry | df | Hladina významnosti rozdílu |
| Prohlížení erotických materiálů | 0, 12 | 48 | nn |
| Masturbace (onanie) | 1, 48 | 48 | nn |
| Mazlení s partnerem/partnerkou | 12, 10 | 48 | 0, 001 |
| bez soulože | | | |
| Soulož | 1, 95 | 48 | 0, 05 |

V dotazníku vybraných aspektů sexuality u Parkinsonovy nemoci byly u souboru žen s pomocí statistické metody párového t-testu pro dva závislé výběry nalezeny signifikantní změny v sexuálním životě po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci především v těchto oblastech: snížení frekvence mazlení a soulože s partnerem, velký nárůst problémů s dosahováním orgasmu, nedostatečná lubrikace, bolest při souloži.

Co se týče komunikace o sexuálním životě s lékařem, téměř 82 % žen odpovědělo, že nikdy o svém sexuálním životě nehovořily. Lékař inicioval rozhovor na toto téma pouze ve dvou procentech případů, což kontrastuje s tím, že 91 % žen by tento rozhovor spíše uvítalo či uvítalo.

Dle žen ze sledovaného souboru má na jejich sexuální život největší vliv jejich ztráta mimiky, deprese, úzkost, pocity méněcennosti. Přibližně stejné procento všech respondentek se domnívá, že léky nemají vliv na jejich sexuální touhu, že ji snižují, či zvyšují.

57 % respondentek není dle svého vyjádření schopna otevřeně hovořit se svým partnerem o svých omezeních v sexuálním životě a téměř stejné procento žen se věnuje sexuálním aktivitám jen proto, aby vyhověly svému partnerovi (14 % tak činí vždy).

Více než 67 % žen se cítí být kvůli své nemoci v sexuálním životě méněcennými a více než 70 % žen se domnívá, že se většina osob s Parkinsonovou nemocí v intimních chvílích před svým partnerem/partnerkou za svou nemoc stydí.

3.4.8. Základní zpracování Dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (verze pro muže)

Výsledky jednotlivých otázek dotazníku jsou zpracovány níže. Jednotlivé odpovědi jsou zkráceny, plná verze dotazníku viz přílohy.

Tabulka č. 31 - Výsledky dotazníku vybraných aspektů sexuality u PN (muži)

1. Jak často jste se v posledním roce před stanovením dg. PN průměrně během jednoho měsíce věnoval následujícím aktivitám:

| Aktivita | Frekvence aktivity (muži) |
|--|---------------------------|
| Prohlížení erotických materiálů (časopis, video...) | AM = 14, 68 SD = 2, 74 |
| Masturbace (onanie) | AM = 6, 34 SD = 2, 59 |
| Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože | AM = 11, 82 SD = 3, 56 |
| Soulož | AM = 5, 46 SD = 2, 45 |

2. Jak často jste se po stanovení dg. PN průměrně během jednoho měsíce věnoval následujícím aktivitám:

| Aktivita | Frekvence aktivity (muži) |
|--|------------------------------|
| Prohlížení erotických materiálů (časopis, video...) | AM = 19, 52 SD = 3, 23 |
| Masturbace (onanie) | AM = 7, 02 SD = 2, 61 |
| Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože | AM = 11, 29 SD = 2, 54 |
| Soulož | AM = 4, 92 SD = 2, 07 |

3. Po stanovení dg. PN jsem u sebe pozoroval (možnost více odpovědí):

| Pozorovaná změna | Výskyt změny (%) | Za jak dlouho od stanovení dg. PN (měsíce) |
|----------------------------------|---------------------|---|
| Zvýšení sexuální potřeby | 29, 6 % | AM = 14, 62 SD = 10, 33 |
| Snížení sexuální potřeby | 18, 5 % | AM = 8, 54 SD = 9, 98 |
| Problémy s erekcí | 61, 1 % | AM = 8, 76 SD = 8, 56 |
| Problémy s dosahováním orgasmu | 25, 9 % | AM = 7, 88 SD = 6, 56 |
| Problémy s dosahováním ejakulace | 35, 2 % | AM = 9, 34 SD = 7, 12 |
| Žádná | 14, 8 % | |

4. O svém sexuálním životě jsem s lékařem:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|---------------------------------|-------------------------|
| Nikdy nehovořil | 79, 6 |
| Hovořil, a to z mé iniciativy | 11, 1 |
| Hovořil, a to z jeho iniciativy | 9, 3 |

5. Uvítal byste, kdyby se vás lékař zeptal na váš sexuální život?

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|--------------|-------------------------|
| Rozhodně ne | 12, 9 % |
| Spíše ne | 22, 3 % |
| Spíše ano | 48, 1 % |
| Rozhodně ano | 16, 7 % |

6. Můj sexuální život ovlivňuje :

| Faktor | Průměrné pořadí faktoru (10=největší vliv) |
|--------------------------|---|
| Ztížená pohyblivost | 9 |
| Třes | 5 |
| Zvýšené pocení a slinění | 7 |
| Ztráta mimiky | 6 |
| Mimovolní pohyby | 8 |
| Deprese | 4 |
| Úzkost | 5 |
| Partnerský nesoulad | 2 |
| Pocit méněcennosti | 3 |
| Léky | 6 |

7. Domnívám se, že některé užívané léky na PN mou sexuální touhu:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|-------------|-------------------------|
| Snižují | 33, 3 % |
| Neovlivňují | 29, 6 % |
| Zvyšují | 37, 1 % |

8. Jsem schopen otevřeně hovořit se svou partnerkou o svých omezeních v sexuálním životě:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|------------|-------------------------|
| Určitě ne | 18, 5 % |
| Spíše ne | 48, 1 % |
| Spíše ano | 24, 1 % |
| Určitě ano | 9, 3 % |

9. Věnuji se sexuálním aktivitám jen proto, abych vyhověl partnerce:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|---------|-------------------------|
| Nikdy | 63, 0 % |
| Občas | 20, 4 % |
| Často | 7, 4 % |
| Vždy | 9, 2 % |

10. Kvůli své nemoci se cítím v sexuálním životě méněcenný:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|------------|-------------------------|
| Určitě ne | 25, 9 % |
| Spíše ne | 29, 6 % |
| Spíše ano | 33, 3 % |
| Určitě ano | 11, 2 % |

11. Myslím, že většina osob s PN se v intimních chvílích před svým partnerem/partnerkou za svou nemoc stydí:

| Odpověď | Zastoupení odpovědi (%) |
|------------|-------------------------|
| Určitě ne | 9, 2 % |
| Spíše ne | 20, 4 % |
| Spíše ano | 51, 9 % |
| Určitě ano | 18, 5 % |

Tabulka č. 32- Změny v sexuálním životě mužů po stanovení dg. Parkinsonovy nemoci

| Aktivita | t-test | df | Hladina významnosti rozdílu |
|---|--------|----|--------------------------------|
| Prohlížení erotických materiálů | 12, 71 | 53 | 0, 001 |
| Masturbace (onanie) | 2, 14 | 53 | 0, 05 |
| Mazlení s partnerem/partnerkou bez soulože | 1, 52 | 53 | nn |
| Soulož | 1, 83 | 53 | 0, 05 |

Dotazník přináší několik zajímavých výsledků. Co se týče změn v aktivitách po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci, jeví se jako nejmarkantnější nárůst frekvence prohlížení erotických materiálů. U většiny respondentů došlo také dle jejich výpovědi ke změnám v sexuální potřebě (ve smyslu jejího snížení i zvýšení), ke zhoršení erektile schopnosti a problémy s dosahováním ejakulace.

Vzhledem k těmto výsledkům je alarmující, že téměř 80 % mužů s Parkinsonovou nemocí nikdy nehovořilo o svém sexuálním životě s lékařem, přestože 65 % by to rozhodně či spíše uvítalo. Co se týče faktorů onemocnění, které podle mužů nejvíce ovlivňují jejich sexuální život, jedná se především o ztíženou pohyblivost, mimovolní pohyby a zvýšené pocení a slinění.

3. 5. Statistická analýza dat

Za účelem zodpovězení otázek položených v úvodu empirické části této práce byla získaná data zpracována pomocí statistického programu SPSS 12.0 for Windows.

1) Existují rozdíly v míře deprese, úzkosti a úzkostnosti mezi muži a ženami s PN?

Byly formulovány následující hypotézy:

H0: Rozdělení výsledných hodnot testů deprese, úzkosti a úzkostnosti je shodné v souboru mužů a žen s PN

HA: Rozdělení výsledných hodnot testů deprese, úzkosti a úzkostnosti není shodné v souboru mužů a žen s PN

Pro zodpovězení této otázky byla použita metoda t-testu. Nejprve bylo třeba ověřit, zda se jedná o normální rozdělení (pomocí testu Kolmogorov-Smirnova), což nebylo zamítnuto.

Tabulka č. 33 - Výsledky t-testu

| | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|------------|--------------------------------|------------------------------|---------|-------------------|--------------------|--------------------------|--|----------|
| | | t | df | Sig. (2tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| Deprese | Equal variances assumed | 1.538 | 101 | .127 | 4.88776 | 3.17850 | -1.41754 | 11.19305 |
| | Equal variances not assumed | 1.535 | 99.025 | .128 | 4.88776 | 3.18524 | -1.43243 | 11.20794 |
| Úzkost | Equal variances assumed | 2.364 | 101 | .020 | 6.33333 | 2.67888 | 1.01916 | 11.64751 |
| | Equal variances not assumed | 2.375 | 100.993 | .019 | 6.33333 | 2.66713 | 1.04247 | 11.62420 |
| Úzkostnost | Equal variances assumed | 1.787 | 101 | .077 | 4.49622 | 2.51575 | -.49435 | 9.48679 |
| | Equal variances not assumed | 1.771 | 93.773 | .080 | 4.49622 | 2.53820 | -.54360 | 9.53604 |

Závěr č. 1:

Nelze zamítnout H_0 pro faktory deprese a úzkostnost. Zamítnuta H_0 pro faktor úzkosti ($\alpha = 0,01$). Mezi souborem mužů a žen s Parkinsonovou nemocí existuje rozdíl v míře úzkosti, v míře deprese a úzkostnosti jakožto osobnostního rysu nebyly mezi oběma subory shledány rozdíly.

2) Které vybrané faktory jsou ve vztahu se sexuální nespokojeností (SN) u osob s PN?

Vybrané faktory jsou uvedeny v tabulce.

Tabulka č. 34 - Vybrané faktory sexuální nespokojenosti

| Faktor | Označení faktoru |
|-----------------------------|------------------|
| Věk | F1 |
| Trvání PN | F2 |
| Hoehn-Yahr skór | F3 |
| Subjektivní skór onemocnění | F4 |
| Deprese | F5 |
| Úzkost | F6 |
| Úzkostnost | F7 |

Byly formulovány následující hypotézy:

H_0 : Mezi faktorem (F1,...F7) a sexuální nespokojeností existuje statistická závislost

H_A : Mezi faktorem (F1,...F7) a sexuální nespokojeností neexistuje statistická závislost

Za účelem zodpovězení této otázky bylo použito metody výpočtu Spearmanova korelačního koeficientu. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách.

Tabulka č. 35 - Spearmanovy korelační koeficienty (muži)

| Dvojice faktorů | Korelace | Hladina významnosti |
|-----------------|----------|---------------------|
| SN- F1 | 0, 20 | 0, 141 |
| SN- F2 | 0, 08 | 0, 581 |
| SN- F3 | 0, 42 | 0, 002 |
| SN- F4 | 0, 74 | 0, 000 |
| SN- F5 | 0, 72 | 0, 000 |
| SN- F6 | 0, 56 | 0, 000 |
| SN- F7 | 0, 17 | 0, 212 |

Tabulka č. 36 - Spearmanovy korelační koeficienty (ženy)

| Dvojice faktorů | Korelace | Hladina významnosti |
|-----------------|----------|---------------------|
| SN- F1 | 0, 12 | 0, 401 |
| SN- F2 | 0, 09 | 0, 520 |
| SN- F3 | 0, 08 | 0, 605 |
| SN- F4 | 0, 12 | 0, 422 |
| SN- F5 | 0, 82 | 0, 000 |
| SN- F6 | 0, 68 | 0, 000 |
| SN- F7 | -0, 02 | 0, 894 |

Závěr č. 2:

V souboru mužů byla nalezena statistická závislost mezi sexuální nespokojeností a Hoehn-Yahr skórem, subjektivním skórem tíže onemocnění, depresí a úzkostí (na jednoprocentní hladině významnosti). Nebyla prokázána závislost mezi sexuální nespokojeností a věkem, dále trváním Parkinsonovy nemoci a úzkostností. V souboru žen existuje závislost mezi sexuální nespokojeností a faktory deprese a úzkostí. Nebyla prokázána závislost mezi sexuální nespokojeností a věkem, trváním Parkinsonovy nemoci, Hoehn- Yahr skórem, subjektivním skórem Parkinsonovy nemoci a úzkostností.

3) Jaký je vliv jednotlivých faktorů na sexuální nespokojenost mužů a žen s PN?

Pro zodpovězení této otázky bylo použito metody mnohonásobné lineární regrese. Byl vytvořen regresní model, jehož prediktory tvoří faktory F1-F7 a závislou proměnnou představuje sexuální nespokojenost (SN).

Regresní modely jsou uvedeny v tabulkách, vztah závislosti SN a jednotlivých faktorů dobře ilustrují níže uvedená grafická znázornění.

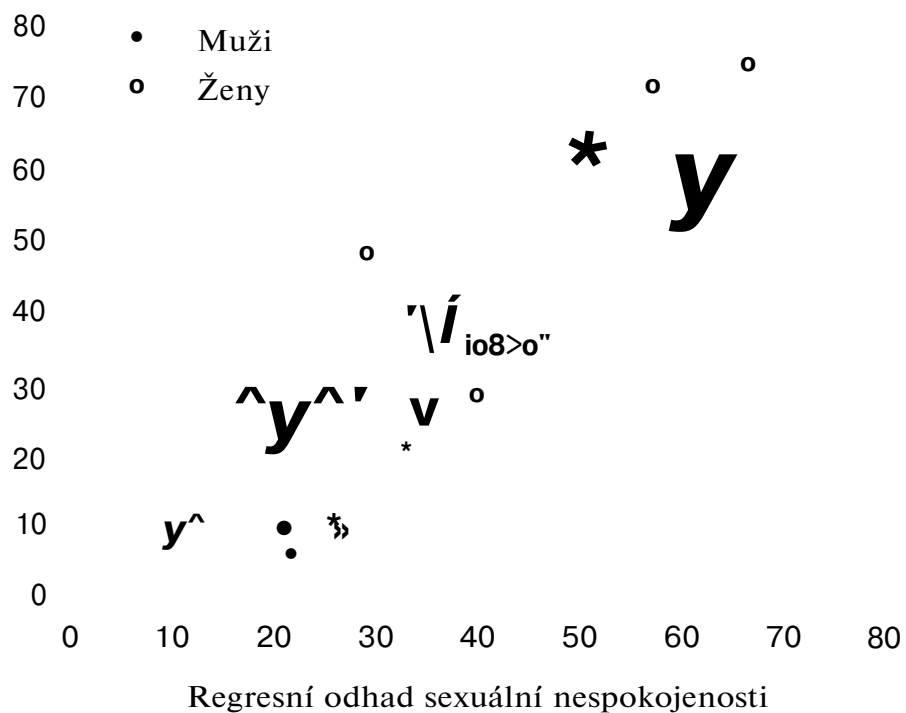
Tabulka č. 37 - Regresní model (muži)

| Regression | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | | |
|------------------|----------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | t | Sig. |
| SN | Constant | -9.769 | 10.446 | | -.935 | .355 |
| | F1 | .221 | .161 | .117 | 1.371 | .177 |
| | F2 | -.183 | .283 | -.053 | -.648 | .520 |
| | F3 | 1.239 | 1.232 | .087 | 1.005 | .320 |
| | F4 | 4.111 | 1.194 | .362 | 3.444 | .001 |
| | F5 | .333 | .084 | .416 | 3.948 | .000 |
| | F6 | .198 | .085 | .222 | 2.329 | .024 |
| | F7 | -.116 | .095 | -.107 | -1.227 | .226 |
| R Square = 0.742 | | | | | | |

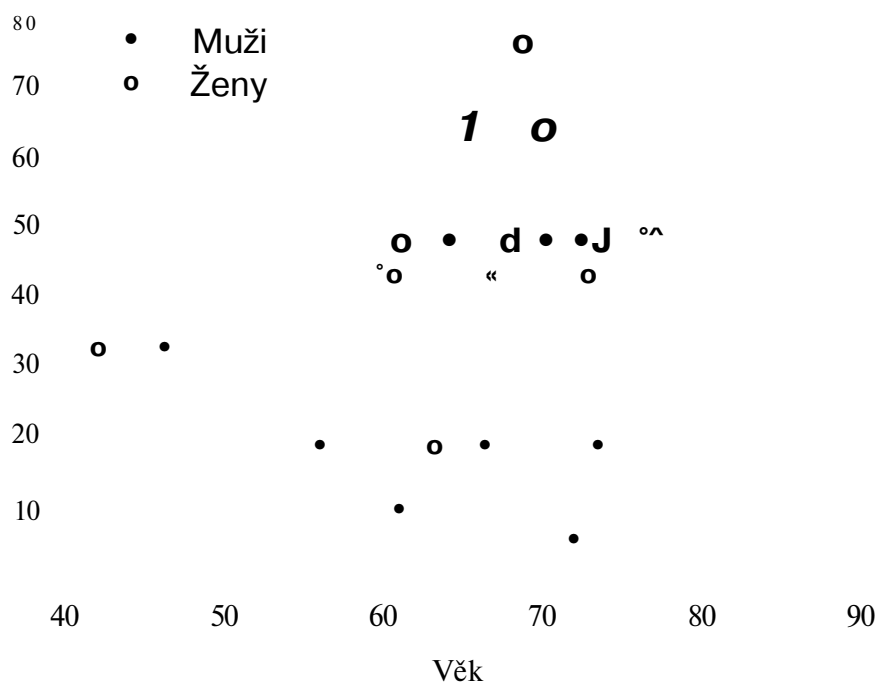
Tabulka č. 38 - Regresní model (ženy)

| Regression model | | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | | |
|------------------|----------|-----------------------------|------------|---------------------------|--------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | t | Sig. |
| SN | Constant | -18.690 | 11.952 | | -1.564 | .126 |
| | F1 | .206 | .137 | .117 | 1.499 | .142 |
| | F2 | .259 | .269 | .077 | .962 | .342 |
| | F3 | .298 | 1.228 | .020 | .242 | .810 |
| | F4 | 1.106 | 1.139 | .079 | .971 | .337 |
| | F5 | .591 | .082 | .676 | 7.201 | .000 |
| | F6 | .288 | .105 | .259 | 2.736 | .009 |
| | F7 | .053 | .088 | .051 | .600 | .552 |
| R Square = 0.757 | | | | | | |

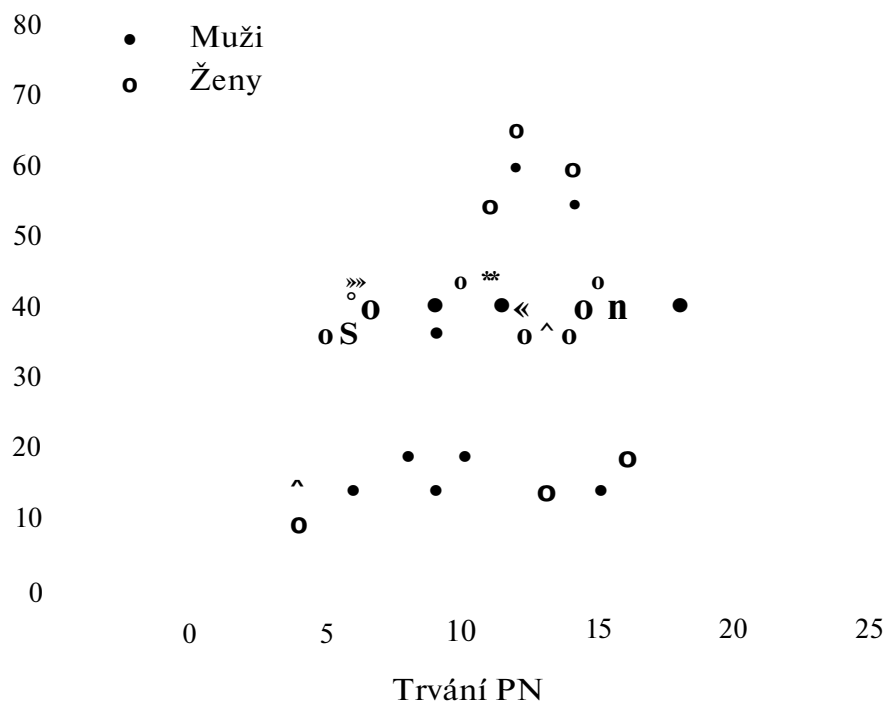
Graf č. 7 - Závislost sexuální nespokojenosti na regresním odhadu SN



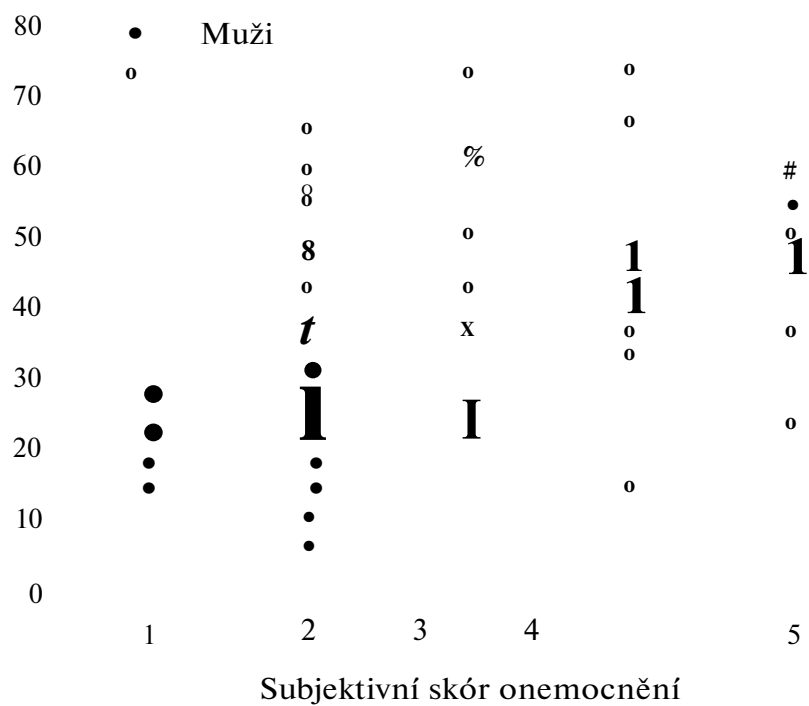
Graf č. 8 - Závislost sexuální nespokojenosti na věku



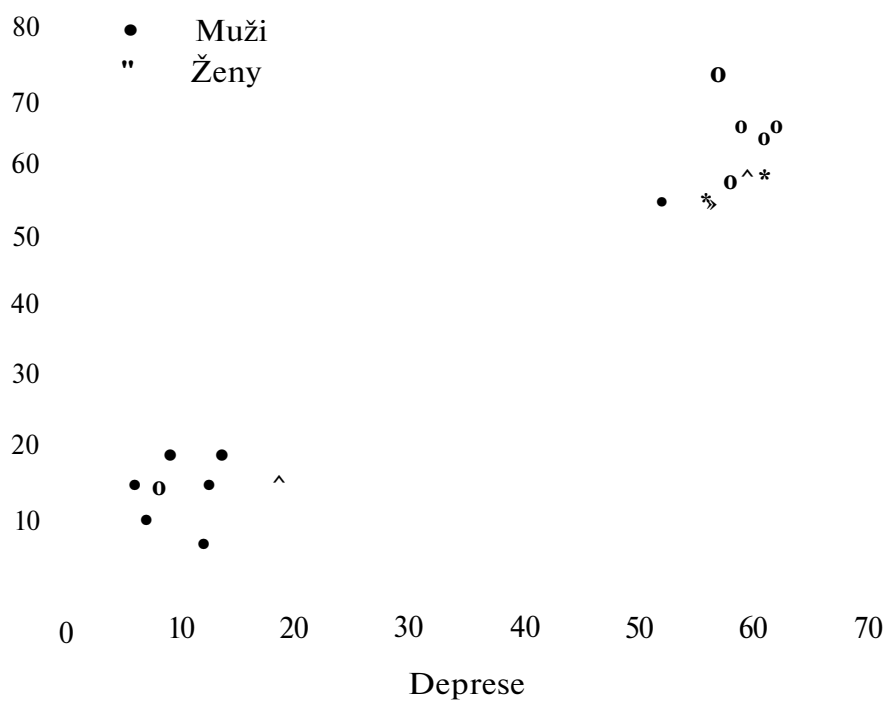
Graf č. 9 - Závislost sexuální nespokojenosti na trvání PN



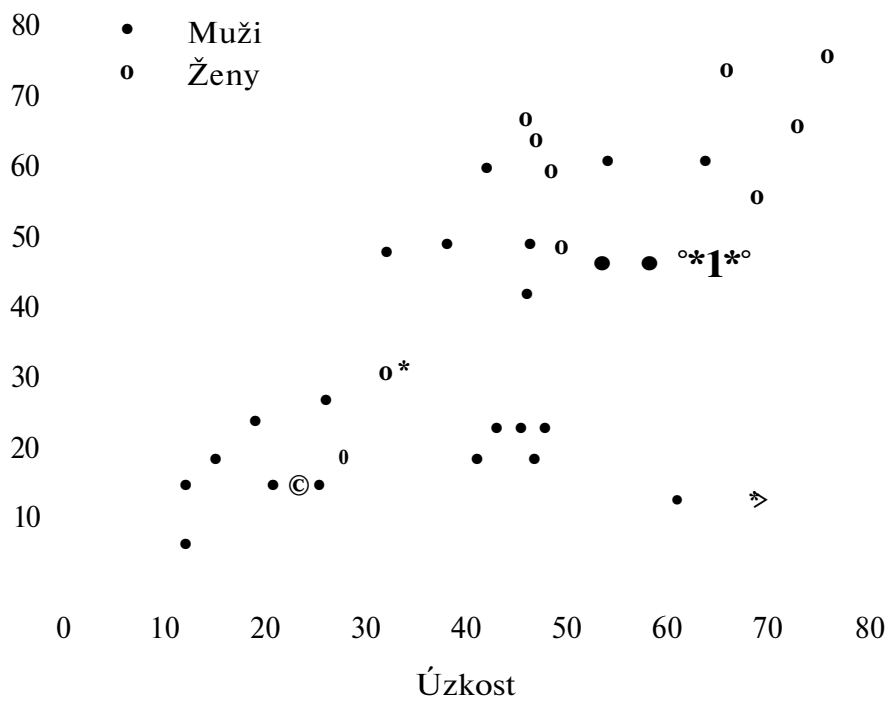
Graf č. 10 - Závislost sexuální nespokojenosti na subjektivním skóru onemocnění



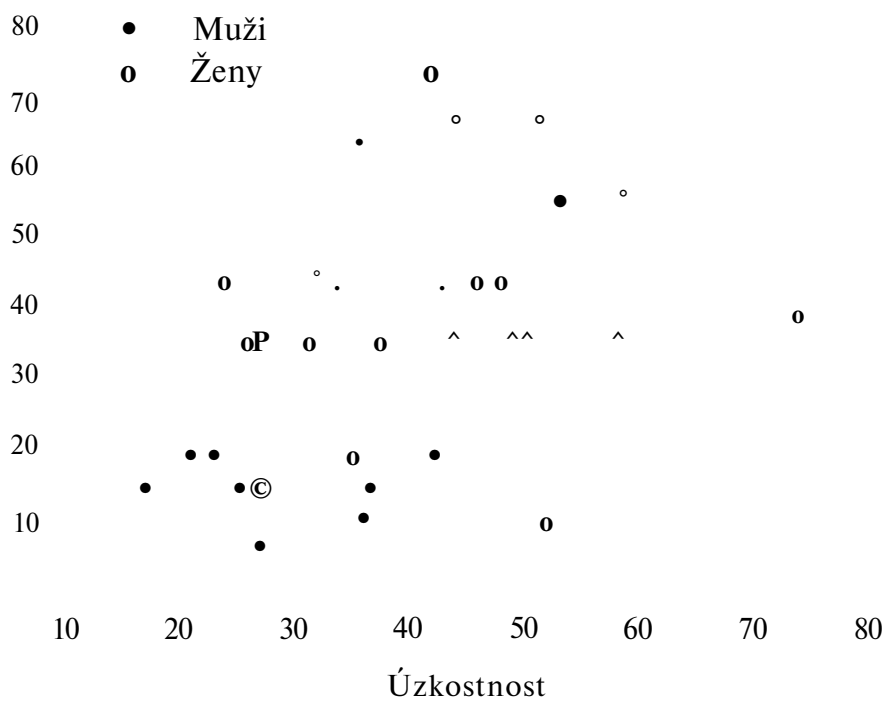
Graf č. 11 - Závislost sexuální nespokojenosti na depresi



Graf č. 12 - Závislost sexuální nespokojenosti na úzkosti



Graf č. 13 - Závislost sexuální nespokojenosti na úzkostnosti



Závěr č. 3:

Podíl celkové variability (vyjádřený koeficientem determinace) vysvětlené s pomocí regresní nadroviny je 0, 74 v souboru mužů a 0, 76 v souboru žen. Regresní modely pro muže i pro ženy disponují tedy relativně vysokou vysvětlovací hodnotou, která je větší u regresního modelu pro soubor žen. U mužů má největší význam ve vysvětlování sexuální nespokojenosti faktor deprese a subjektivní skóre onemocnění ($a = 0, 01$), u žen se jedná o faktor deprese a úzkosti. Naopak nejmenší vliv na sexuální nespokojenost má dle regresního modelu u mužů délka trvání onemocnění Parkinsonovou nemocí a u žen Hohn-Yahr skóre. Míra vlivu dalších faktorů je uvedena v tabulkách a graficky znázorněna výše.

4) Existují rozdíly v míře deprese mezi sexuálními partnerkami a partnery osob s PN?

Za účelem zodpovězení otázky č. 4 byly formulovány následující hypotézy:

H0: Existuje shodnost rozdělení výsledných hodnot testu BDI-II ve výběrovém souboru partnerek a partnerů osob s PN

HA: Rozdělení výsledných hodnot testu BDI-II ve výběrovém souboru partnerek a partnerů osob s PN jsou odlišná

Nejprve byl spočten sdružený odhad rozptylu, směrodatné odchylky a odhad směrodatné chyby výběrového průměru. Tyto údaje byly dosazeny do vzorce pro testovou statistiku a výsledek byl testován na zvolené hladině významnosti.

Tabulka č. 39- Výsledky t-testu pro BDI-II (partnerky a partneři)

| | AM | SD | t-test | df | Hladina významnosti rozdílu |
|--------------------|--------|-------|--------|----|--------------------------------|
| BDI-II (partnerky) | 21, 12 | 8, 59 | | | |
| BDI-II (partneři) | 14, 84 | 6, 93 | 3, 69 | 82 | 0, 01 |

Vzhledem k tomu, že hodnota testové statistiky (3,69) neleží v intervalu Studentova t-rozdělení pro zvolenou hladinu významnosti a počet stupňů volnosti (-2,64, 2,64), lze zamítnout nulovou hypotézu ($t = 3,69$, $df = 82$, $p < 0,001$).

Závěr č. 4:

Byla zamítnuta nulová hypotéza. Soubor partnerů žen s Parkinsonovou nemocí dosáhl v Beckově sebeposuzovací škále depresivity pro dospělé (BDI-II) signifikantně nižší míry depresivity než soubor partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí na jednoprocentní hladině významnosti.

5) Jaká je míra korelace mezi sexuální nespokojeností (GRISS), kvalitou sexuálních funkcí (FSFI, IIEF) a depresivitou (BDI-II) v souborech partnerek a partnerů osob s PN?

a) H0: Neexistuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a GRISS v souboru partnerek mužů s PN

HA: Existuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a GRISS v souboru partnerek mužů s PN

b) H0: Neexistuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a GRISS v souboru partnerů žen s PN

HA: Existuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a GRISS v souboru partnerů žen s PN

c) H0: Neexistuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a FSFI v souboru partnerek mužů s PN

HA: Existuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a FSFI v souboru partnerek mužů s PN

d) H0: Neexistuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a IIEF v souboru partnerů žen s PN

HA: Existuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a IIEF v souboru partnerů žen s PN

e) H0: Neexistuje korelace mezi výsledky testu GRISS a FSFI v souboru partnerek mužů s PN

HA: Existuje korelace mezi výsledky testu GRISS a FSFI v souboru partnerek mužů s PN

f) H0: Neexistuje korelace mezi výsledky testu GRISS a IIEF v souboru partnerů žen s PN

HA: Existuje korelace mezi výsledky testu GRISS a IIEF v souboru partnerů žen s PN

Byla spočteny Spearmanovy korelační koeficienty a provedena testová statistika Z na zvolené hladině významnosti za účelem posouzení statistické významnosti koeficientů (viz tabulka).

Tabulka č. 40- Korelační matice BDI-II, GRISS, FSFI, IIEF (partnerky a partneři)

| | GRISS (partnerky) | GRISS (partneři) | FSFI | IIEF |
|-------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|
| | $r = 0,38$ | | $r = 0,31$ | |
| BDI-II | $Z = 2,46$ | X | $Z = 2,01$ | X |
| (partnerky) | $a = 0,05$ | | $a = 0,05$ | |
| | | $r = 0,12$ | | $r = 0,08$ |
| BDI-II | X | $Z = 0,76$ | X | $Z = 0,51$ |
| (partneři) | | $a = 0,05$ | | $a = 0,05$ |
| | $r = 0,63$ | | | |
| FSFI | $Z = 4,08$ | X | X | X |
| (partnerky) | $a = 0,01$ | | | |
| | | $r = 0,52$ | | |
| IIEF | X | $Z = 3,29$ | X | X |
| (partneři) | | $a = 0,01$ | | |

Pozn.: Zvýrazněné hodnoty značí případy zamítnutí nulové hypotézy

Závěr č. 5:

Nelze zamítnout nulové hypotézy ad b) a d). Zbývající nulové hypotézy byly zamítnuty na pětiprocentní a jednoprocenní hladině významnosti. Tedy neexistuje statisticky signifikantní korelace mezi výsledky testu depresivity (BDI-II) a sexuální nespokojenosti (GRISS) v souboru partnerů žen s PN. Rovněž neexistuje korelace mezi výsledky testu BDI-II a IIEF v tomto souboru. V souboru partnerů existuje korelace mezi testem GRISS a IIEF.

V souboru partnerek mužů s PN byly nalezeny korelace mezi testem depresivity (BDI-II) a sexuální nespokojeností (GRISS) i dotazníkem pro kvalitu sexuálních funkcí žen (FSFI). Testy GRISS a FSFI spolu rovněž statisticky signifikantně korelují.

6) Existuje rozdíl v sexuální nespokojenosti (GRISS) mezi souborem partnerek a partnerů osob s PN?

H₀: Neexistuje rozdíl v sexuální nespokojenosti (GRISS) mezi souborem partnerek a partnerů osob s PN

H_A: Existuje rozdíl v sexuální nespokojenosti (GRISS) mezi souborem partnerek a partnerů osob s PN

Tabulka č. 41 - Výsledky t-testu pro GRISS (partnerky a partneři)

| | AM | SD | t-test | df | Hladina významnosti rozdílu |
|-------------------|--------|-------|--------|----|--------------------------------|
| GRISS (partnerky) | 42, 27 | 9, 70 | | | |
| GRISS (partneři) | 21, 57 | 4, 52 | 12, 47 | 82 | 0, 01 |

Hodnoty sdruženého odhadu rozptylu, směrodatné odchylky a odhadu směrodatné chyby výběrového průměru byly dosazeny do vzorce pro testovou statistiku. Výsledek byl testován na zvolené hladině významnosti. Vycházíme z kritických hodnot Studentova t- rozdělení. Vzhledem k tomu, že výsledná hodnota t-testu (12, 47) neleží v intervalu (-2,64, 2,64), zamítáme nulovou hypotézu na jednoprocentní hladině významnosti, tedy výsledně ($t = 12, 47$, $df = 82$, $p < 0, 001$). Rozsahy obou výběrů jsou větší než 30, z čehož plyne, že výpočet z-testu průměrů je platný (vzhledem k centrálnímu limitnímu teorému).

Závěr č. 6:

S pomocí statistické metody t-testu pro dva nezávislé výběry bylo zjištěno, že soubor partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí vykazuje v testu sexuální nespokojenosti (GRISS) signifikantně větší míru nespokojenosti ve srovnání se souborem partnerů nemocných žen na jednoprocentní hladině významnosti.

4. Diskuze

Počet odborných studií zabývajících se problematikou sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů je celosvětově velmi nízký. Je to pravděpodobně způsobeno stále přetrvávajícími předsudky týkajícími se sexuality starších osob a osob s chronickým onemocněním.

Realizace výzkumů v této oblasti je rovněž zatížena několika úskalími: subjektivní výpovědi nemocných a jejich partnerek a partnerů o jejich sexuálním životě mohou být vědomě či nevědomě zkreslovány (sociální desirabilita), někteří se (například z náboženských důvodů) odmítají takovýchto výzkumů zúčastnit, což vede ke zmenšení výzkumného souboru (jehož získání je v případě onemocnění typu Parkinsonovy nemoci samo o sobě nesnadné) a ochuzení výsledků o tyto non-respondenty, problematická může být také polymorbidita atd.

Protiváhou těmto nesnázím jsou ale výzkumné výsledky, které mohou v případě, že se jedná o kvalitní a zodpovědně realizovaný výzkum, významně napomoci nemocným a jejich blízkým i pomáhajícím profesionálům ke zlepšení přístupu k sexuálním otázkám, zlepšit jejich informovanost, zvýšit kvalitu života těchto osob.

Výsledky předkládané v této rigorózní práci mají několik limitací. Výzkumný soubor nemocných s Parkinsonovou nemocí byl nasbírán na rekondičních pobytech, kde lze předpokládat účast osob s nižším stupněm progresu tohoto onemocnění. Tato skutečnost však zároveň přináší výhodu v tom, že sexuální problematika osob v pokročilých a terminálních fázích onemocnění pozbývá na relevantnosti, což by mohlo vést ke zkreslení výsledků. Během rekondičních pobytů jsem navíc měla možnost všechny respondenty s Parkinsonovou nemocí poznat a byl zde dostatečný časový prostor na vyplnění dotazníkových baterií i možnost zodpovědět jejich dotazy.

Soubor partnerek a partnerů byl kontaktován písemně na základě registru Společnosti Parkinson, což mohlo potenciálně ohrozit návratnost (nestalo se tak, návratnost byla 84 %), a znamenalo ochuzení o osobní kontakt s těmito respondenty. Tento způsob výběru však přinesl zvýšení reprezentativity výběru, což bylo v tomto případě prioritním cílem.

Sledovaný soubor nemocných zahrnuje 103 osob, což lze považovat za dostatečný vzorek osob reprezentativní pro osoby s lehkou a středně těžkou fází onemocnění Parkinsonovou nemocí. Rovněž věkové složení souboru a délka trvání onemocnění je reprezentativní pro osoby s Parkinsonovou nemocí. Soubor partnerek a partnerů osob s Parkinsonovou nemocí čítá 84 osob, vzhledem ke způsobu výběru lze předpokládat vysokou reprezentativitu.

Pro výzkum sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů byl zvolen kvantitativní přístup, použity byly standardizované psychologické a sexuologické dotazníky.

Vzhledem k nízké ochotě výzkumného souboru nemocných k rozhovoru o sexuálních otázkách se jeví užití anonymní dotazníkové baterie jako vhodná metoda. Tato metoda byla ve výzkumném souboru nemocných i partnerek a partnerů provázena vysokou návratností (88 % pro soubor osob s Parkinsonovou nemocí, 84 % pro soubor partnerek a partnerů), což může přispívat k dobré validitě získaných výsledků. Nevýhody použité metody souvisejí s obecnými omezeními dotazníkových šetření: omezení respondenta nabízenými odpověďmi, ztráta vysoce individualizovaných informací, redukce získaného materiálu...

Nyní ke konkrétním výsledkům. Psychologické dotazníky na měření deprese a úzkosti poukazují na vysoké hodnoty těchto proměnných u souboru mužů i žen s Parkinsonovou nemocí, což je ve shodě s údaji zahraničních autorů (Rektor, Rektorová, Růžička, 2000, Nutt et al., 1992, Pahwa et al., 2004, Rickards, 2005 a další). Naproti tomu úzkostlivost jakožto osobnostní rys byla u nemocných osob sledovaných v této práci v normě. Co se týče výsledků získaných prostřednictvím sexuologických dotazníků, obecně lze říci, že u sledovaných souborů žen i mužů s Parkinsonovou nemocí byl zjištěn velký výskyt sexuálních dysfunkcí.

V souboru žen s Parkinsonovou nemocí byla nejčastější sexuální dysfunkcí anorgasmie. Také výsledky sexuologických dotazníků SFŽ a FSFI ukazují na snížení sexuální funkce u více než 70 % žen ze sledovaného souboru, přičemž největší obtíže ženy udávaly s dosahováním orgasmu, sníženou lubrikací a hodnocením sebe jako sexuální partnerky. Velké obtíže s vaginální lubrikací potvrzují například Nutt et al. (1992). Naproti tomu sexuální apetence a vlastní iniciování pohlavního styku se jeví jako neproblematické.

V souvislosti s onemocněním Parkinsonovou nemocí se u souboru žen objevují změny v sexuální životě po stanovení diagnózy především v těchto oblastech: snížení frekvence mazlení a soulože s partnerem, velký nárůst problémů s dosahováním orgasmu, nedostatečná lubrikace, bolest při souloži. Všechny tyto potíže se u žen objevily v průměru za šest měsíců po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci, za výrazně delší dobu od stanovení diagnózy se objevilo zvýšení sexuální potřeby (průměrně za deset měsíců).

Možným vysvětlením změn v sexuální oblasti je nutnost adaptace na oznámení diagnózy a s tím spojené psychologické změny, které probíhají především v období prvních měsíců po stanovení diagnózy, zatímco zvýšení sexuální touhy v důsledku užívaných farmak nastupuje až později. Žádnou změnu v sexuální oblasti nezaznamenalo po stanovení diagnózy 10 % žen.

Dle mínění žen ze sledovaného souboru má na jejich sexuální život největší vliv překvapivě ztráta mimiky, dále deprese, pocity méněcennosti a úzkost. Velký vliv na sexuální život, který ženy přisuzují ztrátě své mimiky v souvislosti s onemocněním, je možno přisoudit důrazu žen na vlastní atraktivitu v souvislosti se sexuální přitažlivostí i jejich potřebě vyjadřovat své emoce ve vztazích. Naopak jako zanedbatelný se jeví vliv délky trvání Parkinsonovy nemoci na sexuální nespokojenost, což lze přisuzovat velké variabilitě v progresi tohoto onemocnění.

V oblasti farmakologických vlivů se přibližně stejné procento všech respondentek se domnívá, že léky nemají vliv na jejich sexuální touhu, snižují ji i zvyšují. Tento nálezn je v souladu se zjištěním Baiera (2000). Pravděpodobně záleží na konkrétním užívaném preparátu i vysoce individuálních reakcích na farmakologickou léčbu.

Subjektivní výpovědi žen ohledně faktorů ovlivňujících jejich sexuální život potvrzuje i provedená regresní analýza, kdy se jako nejdůležitější faktory ukazují deprese a úzkost. Motorické faktory související s onemocněním tedy pravděpodobně u nemocných žen nehrají takovou roli jako u nemocných mužů, faktor motorického stupně postižení Parkinsonovou nemocí vyjádřený Hoehn- Yahr skórem byl regresním modelem shledán jako nejméně ovlivňující sexuální nespokojenost žen ze sledovaného souboru.

Celkově byly ženy ze zkoumaného souboru více sexuálně nespokojené než nemocní muži (viz GRISS), přičemž u zdravé populace srovnatelné věkové kategorie byly zjištěny opačné výsledky, tedy nižší sexuální spokojenost mužů (Weiss, Zvěřina, 1999). Lze vyslovit domněnku, že vyšší sexuální nespokojenost nemocných žen souvisí s psychosociálními faktory, které s sebou přináší onemocnění Parkinsonovou nemocí.

Přibližně 57 % respondentek není dle svého vyjádření schopno otevřeně hovořit se svým partnerem o svých omezeních v sexuálním životě a téměř stejné procento žen se věnuje sexuálním aktivitám jen proto, aby vyhověly svému partnerovi (přičemž 14 % tak činí dokonce vždy).

V souboru mužů se sexuální aktivitě věnuje jen proto, aby vyhovělo partnerce, 37 % mužů a rozdíl mezi pohlavími je v tomto ohledu statisticky signifikantní na pětiprocentní hladině významnosti (χ^2 kvadrát = 4, 24, $df = 1$).

Více než 67 % žen se cítí být kvůli své nemoci v sexuálním životě méněcennými a 73 % žen se domnívá, že se většina osob s Parkinsonovou nemocí v intimních chvílích před svým partnerem/partnerkou za svou nemoc stydí. Sexuální sebevědomí žen s Parkinsonovou nemocí je tedy zřejmě vlivem onemocnění výrazně narušené, jak dokládají Welsh et al. (1997).

Co se týče komunikace o sexuálním životě s lékařem, 82 % žen odpovědělo, že s ním nikdy o svém sexuálním životě nehovořily. 16 % žen o něm hovořilo ze své iniciativy a ze srovnání s výsledky mužů v tomto dotazníku vyplývá, že v tomto ohledu není mezi oběma pohlavími signifikantního rozdílu (χ^2 kvadrát = 1, 58, $df = 1$). Lékař inicioval rozhovor na toto téma pouze v necelých dvou procentech případů, což kontrastuje s tím, že 90 % žen by tento rozhovor spíše uvítalo či uvítalo.

U **souboru mužů** s Parkinsonovou nemocí byly v dotazníku GRISS zjištěny markantní problémy v dosahování erekce a předčasná ejakulace. Podobně jako u žen byla sexuální apetence v normě (dotazník SFM). Tyto nálezy mají pravděpodobně své farmakologické příčiny, protože některá antiparkinsonika mohou, jak bylo uvedeno v teoretické části práce, zvyšovat sexuální touhu.

Dále je ve výsledcích dotazníku SFM u mužů patrný nesoulad mezi preferovanou frekvencí pohlavních styků a jejich skutečnou realizací, což může být způsobeno samotným onemocněním Parkinsonovou nemocí. Skutečnost, že nálada mužů po pohlavním styku je v průměru lepší než nálada před pohlavním stykem, může rovněž souviset se sexuálním sebehodnocením, které bývá často deformováno vlivem nemoci.

Jak již bylo uvedeno, mezi nemocnými muži je velký výskyt erektilní dysfunkce. Svědčí o tom výsledky všech použitých sexuologických dotazníků (GRISS, SFM, IIEF). V dotazníku IIEF byla tato sexuální dysfunkce zjištěna u 74, 5 % mužů. Tento údaj je významně vyšší než údaje uváděné z výzkumů zdravých osob srovnatelného věku (Feldman et al., 1994, Weiss, Zvěřina, 2002a, Papatsoris et al., 2003, Kaplan, 2004, Selvin, 2007), odpovídá však zjištěním autorů, kteří se zabývali výskytem erektilní dysfunkce u mužů s Parkinsonovou nemocí (Lucon et al., 2001, Hobson et al., 2003, Bronner et al., 2004).

Nálezy této rigorózní práce ohledně prevalence erektilní dysfunkce u mužů s Parkinsonovou nemocí se shodují s údaji Sakakaibary et al. (2001), kteří zjistili přítomnost erektilní dysfunkce u 79 % mužů s tímto onemocněním.

Takto vysoký výskyt poruch erekce u mužů s Parkinsonovou nemocí je zcela pochopitelný vzhledem k somatickým i psychologickým konsekvencím onemocnění. V této souvislosti lze uvést výsledky reprezentativního výzkumu erektilní funkce autorů Weisse a Zvěřiny (2002a), kteří zjistili, že za nejčastější příčinu erektilní dysfunkce považují respondenti své zdravotní a psychické problémy.

Po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci došlo u mužů k nárůstu erektilních dysfunkcí a problémů s dosahováním ejakulace. Srovnáme-li frekvenci pohlavních styků i nonkoitálních partnerských aktivit mužů před a po stanovení diagnózy, je zde patrný pokles v souvislosti s onemocněním.

Frekvence masturbačních aktivit však po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci narostla a je ve srovnání s výsledky reprezentativního výzkumu Weisse a Zvěřiny (1999) pro věkovou skupinu nad 60 let vysoká (více než dvojnásobná). Příčinou by mohly být například motorické obtíže spojené s onemocněním, které nebrání tolik v masturbačních aktivitách jako v realizaci soulože, a masturbace slouží jako náhražkové sexuální chování.

Zajímavým zjištěním je údaj, že po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci došlo u mužů k výraznému nárůstu frekvence prohlížení erotických materiálů. Tato skutečnost má zřejmě kompenzační význam v souvislosti s tím, že muži udávají snížení frekvence sexuálních styků s partnerkou. Dále by tento nárůst frekvence mohl souviset s odlišným životním stylem v invalidním důchodu oproti období před stanovením diagnózy.

Změny v sexuálním životě se u mužů objevily průměrně po deseti měsících od stanovení diagnózy, což je signifikantně později než u žen, u kterých se objevily v průměru za šest měsíců ($t\text{-test} = 2,85$, $\alpha = 0,01$, $df = 101$). Pouze 15 % mužů a 8 % žen nezaznamenalo žádné změny ve svém sexuálním životě v souvislosti s onemocněním Parkinsonovou nemocí.

Parkinsonova nemoc má tedy zřejmě dle výsledků všech použitých dotazníků větší vliv na sexualitu nemocných žen než mužů, což koresponduje s výsledkem výzkumu Wermutha a Stenagera (1995) i Bronnerové et al. (2004).

Překvapivě nízký je počet mužů, kterým jsou schopni se svou partnerkou otevřeně hovořit o svých omezeních v sexuálním životě (33,4 %). Počet mužů, kterým se věnují sexuální aktivitě jen proto, aby vyhověli své partnerce, je výrazně nižší, než u nemocných žen (37 % vs. 58 %, $\chi^2 = 4,24$, $\alpha = 0,05$, $df = 1$).

Sexuální život mužů je dle jejich mínění nejvíce ovlivněn ztíženou pohyblivostí, mimovolnými pohyby a zvýšeným pocením a sliněním. S pomocí regresní analýzy však bylo zjištěno, že motorické faktory hrají u mužů významnější roli než u žen (viz korelace sexuální nespokojenosti s Hoehn-Yahr skórem), avšak největší vliv má u nich podobně jako u žen faktor deprese a dále subjektivní vnímání stupně postižení Parkinsonovou nemocí, tedy faktory psychologické. Buď jsou tyto vlivy u mužů méně vědomé než u žen, nebo je to způsobeno tendencí mužů podceňovat či skrývat své emoce.

O určitém rozporu ve výpovědích mužů svědčí také odpovědi na dvě podobné položky v dotazníku, kdy na přímou otázku, zda se cítí kvůli svému onemocnění v sexuálním životě méněcenný, odpovědělo kladně cca 45 % mužů, zatímco na projektivní otázku s podobnou tematikou odpovědělo kladně přibližně 70 % mužů. Tento rozpor by mohl být způsoben například obranným mechanismem popření, který hraje často roli ve vyrovnávání se s chronickým onemocněním. Je tedy možné, že se problém sexuálního sebevědomí manifestoval v dotazníku prostřednictvím projekce na okolí.

O svém sexuálním životě hovořilo s lékařem pouze 20 % (z iniciativy lékaře jen 9 %), přestože 83 % mužů by takový rozhovor uvítalo. Podobné výsledky uvádějí například Bowron et al. (2004). Při srovnání se souborem mužů se poněkud překvapivě jeví ochota a iniciativnost žen ohledně rozhovoru s lékařem o sexuálním životě jako vyšší (chí kvadrát = 8,9, $\alpha = 0,01$, $df = 1$). V této souvislosti by bylo jistě zajímavé výzkumně zjistit, které faktory zvyšují ochotu osob s Parkinsonovou nemocí ke komunikaci s lékařem o jejich sexuálním životě (zda hraje např. roli pohlaví a věk lékaře).

Podle výsledků reprezentativního výzkumu českých mužů autorů Weisse a Zvěřiny (2002b) nekonzultovalo svůj erektilní problém s odborníkem až 85 % mužů. Procento mužů s Parkinsonovou nemocí, kteří jej nekonzultovali, je téměř o 6 % nižší, což lze přičítat větší frekvenci návštěv lékaře (neurologa) mužů s Parkinsonovou nemocí oproti mužům bez chronického onemocnění a související možnosti navázat se svým ošetřujícím lékařem bližší vztah.

V souboru partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí bylo zjištěno markantní narušení sexuálních funkcí s pomocí dotazníků FSFI i GRISS. Z výsledků dotazníku FSFI lze u 70 % z nich konstatovat snížení sexuálních funkcí. Nejlepších výsledků dosáhly partnerky mužů s Parkinsonovou nemocí v doméně bolestivosti při pohlavním styku, lze tedy předpokládat, že bolestivost pohlavního styku není v souboru partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí častým jevem. Obdobně sexuální apetence partnerek je zcela v normě.

Naopak jako nejproblematictější se dle výsledků dotazníku FSFI jeví doména celkové sexuální spokojenosti. Obdobného výsledku dosáhl soubor partnerek mužů s PN rovněž v dotazníku GRISS, v němž udávaly partnerky značnou nespokojenost s pohlavním stykem se svým partnerem, nespokojenost s frekvencí pohlavních styků i komunikací s partnerem o sexu. Vzhledem k tomu, že sexuální apetence partnerek je v normě a jejich sexuální problémy se týkají párové sexuální interakce, je pravděpodobně deteriorace jejich sexuálních funkcí velmi ovlivněna handicapem jejich partnerů, tedy motorickými i emocionálními aspekty Parkinsonovy nemoci.

Prostřednictvím statistické analýzy dat byla v souboru partnerek zjištěna větší míra depresivity ve srovnání se souborem partnerů žen s Parkinsonovou nemocí a rovněž větší sexuální nespokojenost. Sexuální nespokojenost (GRISS) i kvalita sexuálních funkcí (FSFI) v souboru partnerek statisticky signifikantně koreluje s depresivitou (BDI-II).

V souboru partnerů žen s Parkinsonovou nemocí nebyla nalezena výraznější deteriorace sexuálních funkcí. Z výsledků dotazníku IIEF vyplývá, že výskyt erektilní dysfunkce v souboru partnerů je srovnatelný s výsledky mužů z reprezentativního výzkumu Weisse a Zvěřiny (1999) v odpovídající věkové kategorii, jako zcela nepatologická se jeví rovněž doména sexuální touhy. Také v dotazníku GRISS neindikuje průměrný transformovaný skóre subškál významnější problémy v sexuálním životě partnerů. Za problematické lze považovat pouze subškály nespokojenosti s frekvencí pohlavních styků a předčasná ejakulace. Tento výsledek by mohl být podmíněn skutečností, že dle výsledků v souboru žen s Parkinsonovou nemocí se mnoho z nich věnuje sexuálním aktivitám jen z toho důvodu, aby vyhověly partnerovi, a je u nich velký výskyt obtíží s nedostatečnou lubrikací a dosahováním orgasmu.

Ženy s Parkinsonovou nemocí se tedy pravděpodobně sexuálnímu styku vyhýbají, což vede k nespokojenosti partnerů s frekvencí pohlavních styků, či se snaží zkrátit dobu jeho trvání, což je jedním z možných vysvětlení pro výrazné obtíže jejich partnerů s předčasnou ejakulací.

Prostřednictvím statistické analýzy získaných dat nebyla v souboru partnerů žen s Parkinsonovou nemocí zjištěna korelace sexuální nespokojenosti (GRISS) ani dotazníku IIEF s depresivitou (BDI-II). Celková míra depresivity a sexuální nespokojenosti byla v souboru partnerů signifikantně nižší ve srovnání se souborem partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí. Partneři nemocných žen se tedy zřejmě lépe vyrovnávají s onemocněním svých partnerek a toto má menší vliv na jejich sexualitu, pravděpodobně i vzhledem k tomu, že motorické postižení má v sexualitě žen menší význam ve srovnání se sexualitou mužů.

Z výsledků výzkumu uvedeného v této práci vyplývá, že sexualita osob s Parkinsonovou nemocí a partnerek a partnerů osob s tímto onemocněním je velice komplexním problémem a vykazuje některá specifika. Přestože se jedná o oblast, která by si nepochybně svou závažností a svými dopady na kvalitu života mohla zasloužit velký zájem odborné i laické veřejnosti, nedostalo se jí prozatím (zejména v České republice) dostatečné výzkumné a publikační pozornosti.

V komunikaci nemocných a jejich partnerů s lékaři o sexuálních otázkách spojených s onemocněním Parkinsonovou nemocí existují značné rezervy. Z tohoto pohledu by mohlo být užitečné vytvoření informativního materiálu pro pacienty a jejich blízké, který by popisoval specifika sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí. Dále by tato problematika mohla být součástí dalšího vzdělávání lékařů-neurologů.

Výzkumný prostor v této oblasti je tedy nepochybně velmi široký a tato práce si kladla za cíl základní zmapování problematiky, podnícení diskuze na toto téma a motivování k realizaci dalších výzkumných projektů. Ty by mohly být speciálně zaměřeny například na sexualitu žen s Parkinsonovou nemocí, která se v tomto výzkumu ukázala být nemocí značně narušena, na sexualitu mladých osob s Parkinsonovou nemocí, na srovnání některých aspektů sexuality se souborem osob s jiným chronickým onemocněním.

5. Závěr

Předložená rigorózní práce se zabývá sexuálním životem osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů. Teoretická část práce obsahuje nejdůležitější informace o Parkinsonově nemoci, nabízí především pohled zahraničních autorů na problematiku vztahu tohoto onemocnění a sexuality a sexualitu partnerek a partnerů osob s tímto onemocněním.

Empirická část práce je tvořena kvantitativním výzkumem sexuálního života nemocných a jejich partnerek a partnerů se zvláštním zřetelem na vybrané faktory, které by jej potenciálně mohly ovlivňovat. Za účelem výzkumu byly vytvořeny diagnostické baterie obsahující psychologické a sexuologické dotazníky a výsledky byly statisticky zpracovány.

Za hlavní výstupy empirické části práce lze označit následující zjištění:

- 1) Sexuální život osob s Parkinsonovou nemocí je výrazně ovlivněn symptomy a rozsáhlými konsekvencemi jejich onemocnění.
- 2) Po stanovení diagnózy Parkinsonovy nemoci dochází u obou pohlaví (u mužů později než u žen) ke změnám v sexuálním životě ve smyslu snížení frekvence partnerských koitálních i nonkoitálních aktivit, u mužů se objevuje zvýšení frekvence masturbace a prohlížení erotických materiálů.
- 3) Mezi nejčastější sexuální dysfunkce patří erektilní dysfunkce a poruchy ejakulace u mužů a potíže s dosahováním orgasmu a nedostatečnou lubrikací u žen. V souvislosti s onemocněním dochází rovněž k poklesu i nárůstu sexuální apetence v důsledku farmakologické léčby.

- 4) Ženy s Parkinsonovou nemocí vykazují větší narušení sexuálních funkcí ve srovnání s nemocnými muži a jsou se svým sexuálním životem méně spokojeny. Parkinsonova nemoc má také vliv na jejich sexuální sebevědomí. Významné procento z nich se věnuje sexuálním aktivitám jen proto, aby vyhověly svému partnerovi.
- 5) Co se týče korelace vybraných faktorů a sexuální nespokojenosti, u mužů byla nalezena větší korelace s motorickými symptomy a dle jejich názoru má největší vliv na jejich sexuální život ztížená pohyblivost a mimovolní pohyby. U žen byla zjištěna větší korelace s psychologickými faktory, dle jejich názoru nejvíce ovlivňuje jejich sexuální život ztráta mimiky a přítomnost deprese. Regresní analýza při srovnání míry vlivu všech vybraných faktorů poukázala na významný vliv faktoru deprese u obou pohlaví.
- 6) Počet osob s Parkinsonovou nemocí, které hovořily s lékařem o svém sexuálním životě, je velmi nízký. Iniciativa lékařů je v tomto pravděpodobně nedostatečná. Většina respondentů by takový rozhovor uvítala, ženy více než muži.
- 7) Partnerky žen s Parkinsonovou nemocí jsou signifikantně více depresivní ve srovnání s partnery žen s Parkinsonovou nemocí.
- 8) U partnerů žen s Parkinsonovou nemocí byla prostřednictvím statistické analýzy zjištěna menší míra sexuální nespokojenosti a deteriorace sexuálních funkcí ve srovnání se souborem partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí.
- 9) Sexuální nespokojenost statisticky významně koreluje s depresivitou v souboru partnerek mužů s Parkinsonovou nemocí, nikoli však v souboru partnerů žen s Parkinsonovou nemocí.

Cílem rigorózní práce bylo poukázat na problematiku sexuálního života osob s Parkinsonovou nemocí a jejich partnerek a partnerů, které se dosud nedostalo patřičné výzkumné a publikační pozornosti, a učinit alespoň malý příspěvek ke zlepšení péče o tyto nemocné a zvýšení kvality jejich života i životů jejich blízkých. Lze věřit, že byl tento hlavní cíl, i přes limity práce uvedené v diskuzi, naplněn.

6. Seznam použité literatury

1. Alegret, M., Junqué, C., Valldeoriola, F., Vendrell, P., Martí M. J., Tolosa, E.: *Obsessive-compulsive symptoms in Parkinson's disease*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 57, 2001, 70, 394-396.
2. Balon, R., Segraves, R. T.: *Handbook of sexual dysfunction*. New York: Taylor and Francis Group, 2005. ISBN 0-8247-5826-9.
3. Bareš, M.: *Pozdní komplikace Parkinsonovy nemoci-klinické projevy, léčba*. Praktický lékař, 82, 2002, 5, 280-283.
4. Barnes, J., David, A. S.: *Visual hallucinations in Parkinson's disease: Review and phenomenological survey*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 57, 2001, 70, 727-733.
5. Basson, R.: *Sexuality and Parkinson's disease*. Parkinsonism and Related Disorders, 2, 1996, 4, 177-185.
6. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K.: *Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II, příručka*. Brno: Psychodiagnostika, a.s., 1999.
7. Beier, K. M. : *Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson*. Potsdam: Deutsche Parkinson Vereinigung, 2000. ISBN 3-9806784-0-7.
8. Beneš, V. : *Erektlní dysfunkce: Její diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Mediforum, 2004. ISBN 80-7345-019-4.
9. Berger, Ch., Mehrhoff, F. W., Beier, K. M., Meinck, H. M. : *Sexuelle Delinquenz und Morbus Parkinson*. Der Nervenarzt, 74, 2003, 4, 370-375.

10. Berger J., Kalita, Z., Ulč, I. : *Parkinsonova choroba*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-13-9.
11. Boller, F., Frank, E.: *Sexual dysfunction in neurological disorders: Diagnosis, management and rehabilitation*. New York: Raven Press Books, 1982.
12. Bowron, A. et al.: *Sexual dysfunction in PD*. Movement Disorders, 19, 2004, 9, 28-30.
13. Bronner, G.: *Sexuální život a Parkinsonova nemoc očima terapeuta*. Parkinson, 2002, 11, 10-12.
14. Bronner, G., Royter, V., Korczyn, A. D., Giladi, N. I.: *Sexual dysfunction in Parkinson's disease*. Journal of Sex and Marital Therapy, 2004, 30, 95-105.
15. Brown, R. G., Jahanshahi, M., Quinn, N., Marsden, C. D.: *Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 46, 53, 1990, 6, 480-486.
16. Burguera, J. A., Garcia, J., Martinez, A.: *Disfuncion sexual en la enfermedad de Parkinson*. Neurologia, 1994, 9, 178-181.
17. Byer, C. O., Shainberg, L. W.: *Dimensions of human sexuality*. New York: The Mc Graw – Hill Companies, 1994.
18. Cappelleri, J., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mistra, A., Osterloh, I. H.: *Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International index of erectile function*. Urology, 54, 1999, 2, 346-351.
19. Castelli, L., Perozzo, P., Genesia, M. L., Torre, E., Pesare, M., Cinquepalmi, A., Lanotte, M., Bergamasco, B., Lopiano, L.: *Sexual well-being in parkinsonian patients after deep brain stimulation of the subthalamic nucleus*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 60, 2004, 75, 1260-1264.

20. Corona, G., Mannucci, E., Mandami, R., Petrone, L., Bartolini, M., Giommi, R., Mancini, M., Forti, G., Maggi, M.: *Aging and patho-genesis of erectile dysfunction*. International journal of impotence research, 2004, 16, 395-402.
21. Fabre-Nys, C., Chesneau, D., De La Riva, C., Hinton, M. R., Locatelli, A., Ohkura, S., Kendrick, K.: *Biphasic role of dopamine on female sexual behaviour via D2 receptors in the mediobasal hypothalamus*. Neuropharmacology, 2003, 44, 354-366.
22. Feldman, H., Goldstein, I., Hatzichristou, D., Krane, R., Mc Kinley, J.: *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. Journal of Urology, 1994, 151, 51-61.
23. Goecker, D., Rösing, D., Beier, K.M.: *Der Einfluss neurologischer Erkrankungen auf Partnerschaft und Sexualität*. Der Urologe, 2006, 45, 994-998.
24. Hassler, R. G., Christ, J. F.: *Parkinson-specific motor and mental disorders*. Advances in Neurology, 1984, 40, 241- 250.
25. Hatzichristou, D., Rosen, R. C., Broderick, G., Clayton, A., Cuzin, B., Derogatis, L., Litin, M., Meuleman, E., O'Leary, M., Quirk, F., Sadovsky, R., Seftel, A.: *Clinical evaluation and management strategy for sexual dysfunction in men and woman*. Journal of sexual medicine, 1, 2004, 1, 49-56.
26. Hefti, F., Weiner, J.: *Progress in Parkinson's Disease Research*. New York: Futura Publishing Company, 1992.
27. Hobson, P., Islam, W., Roberts, S., Adhiyman, V., Meara, J.: *The risk of bladder and autonomic dysfunction in a community cohort of Parkinson's Disease and normal controls*. Parkinsonism and Related Disorders, 9, 2003, 2, 67-71.
28. Hyde, J. S.: *Understanding human sexuality*. New York: The McGraw-Hill Companies, 1990.

29. Chandler, B. J., Brown, S.: *Sex and relationship dysfunction in neurological disability*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 1998, 54, 65, 877-880.
30. Chaudri, K. R., Pal, S., DiMarco, A., Whately- Smith, C., Bridgman, C., Mathew, R., Pezzela, F. R., Forbes, A., Högl, B., Trenwalder, C. : *The Parkinson's disease sleep scale: A new instrument for assessing sleep and nocturnal disability in Parkinson's disease*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 58, 2002, 73, 629-635.
31. Inzelsberg, R., Kipervasser, S., Korczyn, A. D.: *Auditory hallucinations in Parkinson's disease*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 54, 1998, 64, 533-535.
32. Jacobs, H., Vieregge, A.: *Sexuality in young patients with Parkinson's disease: A population based comparison with healthy controls*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 56, 2000, 69, 550-552.
33. Kaňovský, P., Bareš, M., Pohanka, M., Rektor, I. : *Penile erectiones and hypersexuality induced by pergolide treatment in advanced, fluctuating Parkinson's disease*. Journal of Neurology, 2002, 249, 112-114.
34. Kaplan, A.: *Experts publish sexual dysfunction guidelines*. Psychiatric Times [online]. 21, 2004, 12 [cit. 2005-05-19]. Dostupný z [www: < www.psychiatrictimes.com/p0410s01.html>](http://www.psychiatrictimes.com/p0410s01.html).
35. Klos, K. J., Bower, J. H., Josephs, K. A., Joseph, Y. H., Ahlskog, J. E.: *Pathological hypersexuality predominantly linked to adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson's disease and multiple system atrophy*. Parkinsonism and Related Disorders, 11, 2005, 6, 381-386.

36. Kockott, G., Fahrner, E.: *Sexualstörungen des Mannes*. Göttingen, Hogrefe Verlag, 2000.
37. Kratochvíl, S.: *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-678-1.
38. Kratochvíl, S.: *Sexuální dysfunkce: Příčiny a léčba*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0203-7.
39. Křivohlavý, J.: *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-032-85.
40. Leiblum, S. R., Rosen, R. C.: *Sexual desire disorders*. New York: The Guilford Press, 1988.
41. Leonhard, T., Madeja, U. D., Poewe, W. : *Morbus Parkinson und andere Basalganglien- Erkrankungen: Neue Ansätze in Diagnostik und Therapie*. Berlin: Walter de Gruyter, 1992. ISBN 3-11-013661-9.
42. Levin, B. E., Llabre, M. M., Werner, W. J.: *Parkinson's disease and depression: psychometric properties of the BDI*. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 44, 1988, 51, 1401-1404.
43. Lucon, M., De Souza Santos Pinto, A., Simm, R. F., Haddadi, M. S., Arap, S., Reis Barbo, E.: *Avaliacao da disfuncao erétil em pacientes com doenca de parkinson*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2001, 59, 559-562.
44. Macht, M., Schwarz, R., Ellgring, H.: *Patterns of psychological problems in Parkinson's disease*. Acta Neurologica Scandinavica, 2005, 111, 95-101.
45. Masters, W. H., Johnsonová, W. E.: *Lidská sexuální aktivita*. Praha: Horizont, 1970. ISBN 40- 014- 70.

46. McDonald, W. M.: *Prevalence, etiology and treatment of depression in Parkinson's disease*. Biological Psychiatry, 3, 2003, 54, 363-375.
47. Melis, M. R., Argiolas, A.: *Dopamine and sexual behavior*. Neuroscience and Biobehavioral Review, 1995, 1, 19-38.
48. Mellan, J.: *Vyšetřovací schéma sexuálních poruch u mužů*. Československá psychiatrie, 60, 1964, 5, 324-331.
49. Mellan, J.: *K otázce sexuální vzrušivosti žen II*. Československá gynekologie, 43, 1978, 6, 432-434.
50. Mendez, M. F., O'Connor, S. M., Lim, G. T.: *Hypersexuality after right pallidotomy for Parkinson's disease*. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 2004, 16, 37-40.
51. Meston, C.M.: *Aging and sexuality*. Western Journal of Medicine, 1997, 167, 285-290.
52. Mooradian, A. D.: *Geriatric sexuality and chronic diseases*. Clinics in Geriatric Medicine, 1991, 7, 113-131.
53. Moore, O., Gurevich, T., Korczyn, A. D., Anca, M., Shabtai H., Giladi N.: *Quality of sexual life in Parkinson's disease*. Parkinson and Related Disorders, 8, 2002, 4, 243-246.
54. Morley, J. E., Tarig, S. H.: *Sexuality and disease*. Clinics in Geriatric Medicine, 2003, 19, 563-573.
55. Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G.: *Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n.p., 1980.

56. Nagatsu, T., Narabayashi, H., Yoshida, M. : *Parkinson's disease: From clinical aspects to molecular basis*. New York: Springer-Verlag, 1991. ISBN 0-387-82272-0.
57. Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D. B., Hartmann, U., Laumann, E. O., Gingell, C.: *Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors*. World Journal of Urology, 2006, 24, 423- 428.
58. Nutt, J.G., Hammerstad, J. P., Gancher, S. T. : *Parkinson's disease: 100 maxims*. London: Edward Arnold, 1992. ISBN 0-340-51768-9.
59. Pahwa, R., Lyons, K. E., Koller, W. C.: *Therapy of Parkinson's disease*. New York: Marcel Dekker, 2004. ISBN 0-8247-5455-7.
60. Papatsoris, A. G., Triantafyllidis, A., Gekos, A.: Prevalence of erectile dysfunction in European Union. Asian journal of andrology, 5, 2003, 3, 255.
61. Pohanka, M., Kaňovský, P.: *Centrální řízení mužské sexuality a jeho ovlivnění hlavními neurotransmiterovými systémy*. Postgraduální medicína, 2004, 2, 166-169.
62. Pohanka, M., Kaňovský, P., Bareš, M., Pulkrábek, J., Rektor, I.: *Dlouhodobý efekt léčby pergolidem na komplexní sexuální dysfunkci u Parkinsonovy nemoci: Shrnutí výsledků šestiměsíčního a ročního sledování*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2005, 3, 164-168.
63. Pondělíček, I.: *Stárnutí: Osobnost a sexualita*. Praha: Avicenum, 1981.
64. Pondělíčková- Mašlová, J.: *Manželská sexualita*. Praha: Avicenum, 1986.

65. Porter, M.: *Sexuality and people with physical disabilities*. Copenhagen: WHO, 1987.
66. Preiss, M., Vacíř, K.: *Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o., 1999.
67. Raffaele, R., Vecchio, I., Giammusso, B., Morgia, G., Brunetto, M. B., Rampello, R.: *Efficacy and safety of fixed-dose oral sildenafil in the treatment of sexual dysfunction in depressed patients with idiopathic Parkinson's disease*. European Urology, 2002, 41, 382-386.
68. Rektor, I., Rektorová, I.: *Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-026-2.
69. Rektor, I., Pohanka, M.: *Sexuální život a jeho poruchy u osob s Parkinsonovou nemocí*. Parkinson, 2001, 10, 12-13.
70. Rektor, I. : *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby (II. Pozdní stadium)*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-298-6.
71. Rektorová, I. : *Neurotransplantace, tkáňové inženýrství a kmenové buňky: Možná cesta v léčbě PN* ? Parkinson, 1992, 11, 8-9.
72. Rektorová, I.: *Léčba deprese u Parkinsonovy nemoci*. Praha: Boehringer Ingelheim, 2005.
73. Rickards, H.: *Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis and stroke*. Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry, 61, 2005, 76, 48-52.
74. Rodriguez, A.Y., Ruiz, I.: *Sexuality in Parkinson disease*. Archivos de Neurociencias, 4, 1997, 2, 269-273.

75. Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., Mishra, A.: *The international index of erectile dysfunction (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction*. Urology, 49, 1997, 6, 822-830.
76. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Newton, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Argostino, R. : *The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 2000, 2, 191-205.
77. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E.: *Parkinsonova nemoc*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5.
78. Rust, J., Golombok, S.: *Dotazník sexuální spokojenosti GRISS*. Brno: Psychodiagnostika, s.r.o., 1999.
79. Růžička, E., Roth, J. : *Parkinsonova nemoc. Diagnostický a léčebn standard*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. ISBN 80- 85121-19-0.
80. Růžička, E., Roth, J., Kaňovský, P. et al.: *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7.
81. Růžička, E.: *Parkinsonova nemoc: Doporučené postupy diagnostiky a léčby (I. Časné stadium)*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-298-6.
82. Sakakibara, R., Shinotoh, H., Uchiyama, T.: *Questionnaire-based assessment of pelvic organ dysfunction in Parkinson's disease*. Autonomic Neuroscience, 92, 2001, 1, 76–85.
82. Selvin, E., Burnett, A. L., Platz, E. A.: *Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US*. The American journal of medicine, 1, 2007, 1, 151-157.

83. Schover, L. R., Jensen, S. B.: *Sexuality and chronic illness*. London: The Guilford Press, 1988. ISBN 0-89862-715-X.
84. Silberman, C. D., Luks, J., Capitaó, C. F., Rodrigues, C. S., Moreira, I., Engelhardt, E.: *Recognizing depression in patients with Parkinson's disease*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2006, 64, 407-411.
85. Stárka, L.: *Endokrinní regulace u stárnoucích mužů*. Postgraduální medicína, 6, 2004, 2, 173-177.
86. Taleporos, G., McCabe, M. P.: *Development and validation of the physical disability sexual and body esteem scale*. Sexuality and Disability, 20, 2002, 3, 159-176.
87. Thienhaus, O.J.: *Practical overview of sexual function and advancing age*. Geriatrics, 1988, 43, 63-67.
88. Thorpy, M. J.: *Sleep disorders in Parkinson's disease*. Clinical Cornerstone, 2004, 6, 7-15.
89. Uitti, R. J., Tanner, C. M., Rajput, A. H., Goetz, C. G., Klawans, H. L., Thiessen, B.: *Hypersexuality with antiparkinsonian therapy*. Clinical Neuropharmacology, 12, 1989, 5, 375-383.
90. Visser, M., Leentjens, A. F., Marinus, J., Stiggelbout, A. M., van Hilten J. J.: *Reliability and validity of the BDI in patients with Parkinson's disease*. Movement Disorders, 21, 2006, 5, 668-672.
91. Vymětal, J.: *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
92. Weiss, Urbánek, Kozmíková: *Některé psychogenní příčiny erektilních dysfunkcí*. Rozhledy v chirurgii, 76, 1997, 9, 411-414.

93. Weiss, P., Zvěřina, J.: *Sexuální chování obyvatel ČR*. Praha: AlbertaPlus, 1999.
ISBN 80-85792-13-3.
94. Weiss, P.: Poruchy erektilní funkce. *Lékařské listy*, 50, 2001, 39-52.
95. Weiss, P.: Poruchy sexuální apetence a jejich terapie. *Sexuológia- sexuology*, 2, 2002, 1, 25-27.
96. Weiss, P., Zvěřina, J.: Vliv věku a somatického zdraví na erektilní funkci mužů středního věku. *Praktický lékař*, 82, 2002a, 1, 21-23.
97. Weiss, P., Zvěřina, J.: Komunikace lékaře s pacientem s erektilní dysfunkcí. *Praktický lékař*, 82, 2002b, 5, 276-279.
98. Welsh, M., Hung, L., Waters, C. H.: *Sexuality in women with Parkinson's disease*. *Movement Disorders*, 12, 1997, 6, 923-927.
99. Wermuth, L., Stenager, E.: *Sexual problems in young patients with Parkinson's disease*. *Acta Neurologica Scandinavica*, 1995, 6, 453-455.
100. Wiegel, M., Newton, C., Rosen, R.: *The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cut-off scores*. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 2005, 1, 1-20.
101. Wincze, J. P., Carey, M. P.: *Sexual dysfunction*. New York: The Guilford Press, 1991. ISBN 0-89862-207-7.
102. Yu, M., Roane, D. M., Miner, Ch. R., Fleming, M., Rogers, J. D.: *Dimensiones of sexual dysfunction in Parkinson disease*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 2004, 2, 221-226.

103. Zesiewicz, T., Helal, M., Hauser, R. A.: *Sildenafil Citrate (Viagra) for the treatment of erectile dysfunction in men with Parkinson's disease*. Movement Disorders, 15, 2000, 2, 305-308.
104. Zvárová: *Základy statistiky pro biomedicínké obory*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-786-0.
105. Zvěřina, J.: *Lékařská sexuologie*. Praha: H and H, 1992. ISBN 80-85467-04-6.
106. Zvěřina, J.: *Sexuální poruchy u žen. Sexuální poruchy u mužů*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80- 725- 134- X.
107. Žourková, A.: *Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě psycho-farmaky*. Psychiatrie pro praxi, 2002, 2, 50-53.

7. Přílohy